

O LAR DE IDOSOS: LUGAR DE VIDA OU DE MORTE SOCIAL?

Alexandra Sofia Camões dos Santos

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para
cumprimento dos requisitos necessários a obtenção de grau de mestre em
Gerontologia Social

Fevereiro 2014

O LAR DE IDOSOS: LUGAR DE VIDA OU DE MORTE SOCIAL?

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Gerontologia Social, submetida ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Orientadora – Prof.^a Dr.^a Marielle Gros

AGRADECIMENTOS

Às idosas e à equipa de profissionais e dirigentes do Iar porque são parte integrante deste trabalho;

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marielle Gros, pela contribuição intelectual e postura determinante na condução deste trabalho, e pelos seus incentivos a um crescimento contínuo;

Aos meus pais, e ao meu marido pelo suporte incondicional e encorajamento nos momentos de aflição, dúvidas e questionamentos.

ÍNDICE

Resumo	5
I. Introdução	8
1. <i>Constituição de um sistema institucional de gestão da velhice e enfraquecimento dos laços familiares</i>	<i>16</i>
2. <i>Toda a vida concentra-se num só lugar separado do mundo social envolvente</i>	<i>30</i>
3. <i>Um quotidiano estritamente regulamentado, incompatível com a expressão da autonomia das residentes</i>	<i>36</i>
3.1 <i>A regulamentação dos ritmos do quotidiano.....</i>	<i>36</i>
3.2 <i>“Actividades de animação sociocultural” submetidas à lógica burocrática.....</i>	<i>41</i>
3.3 <i>O uso regulamentado dos espaços</i>	<i>47</i>
4. <i>A imposição de um tratamento colectivo de todas as necessidades que compromete a preservação da individualidade</i>	<i>56</i>
5. <i>Uma organização social que ergue barreiras entre profissionais e residentes</i>	<i>64</i>
6. <i>As encenações da unidade entre dirigentes/profissionais e residentes.....</i>	<i>73</i>
7. <i>A organização induz diversas condutas de ajustamento</i>	<i>81</i>
8. <i>O ciclo de modificações da personalidade e do sistema de representações que sustentam a consciência de si e a apreensão dos outros....</i>	<i>90</i>
II. Conclusão	106
III. Bibliografia	115

Resumo

Este trabalho é antes de mais uma reflexão sobre envelhecimento no quadro do lar de idosos em que iniciamos a nossa vida profissional e trabalhamos durante 3 anos. Trata-se, pois, de um estudo de caso que teve a particularidade de ser desenvolvido, em grande parte, a posteriori, isto é, após termos mudado de local de trabalho.

Num primeiro momento, procurou-se situar o fenómeno do envelhecimento no contexto das sociedades europeias contemporâneas, mais especificamente das grandes transformações económicas e das instituições e relações familiares que ocorreram desde o séc. XIX. Tratava-se, em suma, de situar o lar de idosos no sistema de gestão da velhice que se institucionalizou nestas sociedades, antes de nos centrarmos mais especificamente num lar concreto, tomado como quadro de interações sociais específico.

Tirando partido da experiência vivida a partir do exercício profissional, desenvolvemos, pois, uma análise micro sociológica cujo principal objectivo era entender como a estrutura e a cultura de uma organização deste tipo intervêm no próprio processo de envelhecimento, rompendo com o senso comum que leva a considerar a priori que as chamadas respostas sociais são necessariamente soluções para os problemas sociais. Aqui o ponto de partida foi inverso: admitiu-se que podiam fazer parte do problema, isto é, da solidão e da perda de motivos para viver na velhice.

Esta reflexão foi conduzida à luz do conceito de instituição total definido por Goffman (1961). É este conceito e as diversas dimensões que a leitura da obra de Goffman permite destacar que orientaram a observação dos procedimentos, rotinas e relações implementadas num lar em causa. E igualmente contribuíram para a organização desta tese.

Por fim e porque o diagnóstico de uma situação concreta tem que servir de base no campo do trabalho social para perspectivar a acção visando a produção de mudanças, procuramos deduzir da análise efectuada algumas linhas de acção susceptíveis de prevenir o sério risco de "morte social" que os lares que mais se aproximam do tipo-ideal da "instituição total" fazem correr aos indivíduos que neles têm que residir.

Palavras – chave: envelhecimento; instituição total; solidão; perda da autonomia; perda da identidade

Résumé

Ce travail est avant tout une réflexion sur le vieillissement dans le cadre de la maison de retraite dans laquelle nous avons commencé notre vie professionnelle et travaillé durant 3 ans. Il s'agit donc d'une étude de cas qui a la particularité d'avoir été conduite, en grande partie, a posteriori, c'est-à-dire après que nous ayons changé de lieu de travail.

Dans un premier temps, nous avons cherché à situer le phénomène du vieillissement dans le contexte des sociétés européennes contemporaines, en particulier des grandes transformations économiques et des institutions et relations familiales qui se développèrent depuis le XIX^{ème} siècle. Il s'agissait, donc, de situer la maison de retraite au sein du système de gestion de la vieillesse qui s'est institutionnalisé dans ces sociétés, avant de nous consacrer à l'analyse d'une de ces maisons en tant que cadre spécifique d'interactions.

Appuyée sur l'expérience professionnelle vécue en tant que travailleuse sociale, nous avons développé une analyse microsociologique dont l'objectif principal était de comprendre comment la structure et la culture d'une organisation de ce type interviennent dans le processus du vieillissement, rompant avec le sens commun qui conduit à considérer a priori que les « réponses sociales » apportent nécessairement des solutions aux problèmes sociaux. Ici, le point de départ a été exactement inverse: nous avons admis qu'elles pouvaient faire partie du problème, c'est-à-dire, notamment, contribuer à la solitude et à la perte de raisons de vivre des individus que vieillissent.

Cette réflexion a été conduite à l'abri du concept d'institution totale défini par Goffman (1961). C'est ce concept et les diverses dimensions que la lecture de l'œuvre de Goffman permet d'appréhender qui ont orienté l'observation des modes de faire, des routines et des relations en acte dans la maison de retraite dont nous parlons. Et qui ont également contribué à organiser cette thèse.

Finalement, parce que le diagnostic d'une situation concrète doit être, dans le champ du travail, une base pour projeter l'action visant la production de changements, nous avons cherché à déduire de l'analyse effectuée quelques lignes d'action susceptibles de prévenir le sérieux risque de « mort sociale » que les maisons de retraite qui se rapprochent le plus du type-idéal de l'« institution totale » font courir aux individus qui doivent les habiter.

Mots-clefs: vieillissement; institution totale; solitude; perte d'autonomie; perte d'identité.

Resume

This work is primarily a reflection on aging under the nursing home in which we started our professional life and worked for 3 years. It is, therefore, a case study that had the particularity of being developed, in large part, after moving out from that workplace.

In a first moment, we tried to situate the phenomenon of aging in the context of contemporary European societies, specifically the major economic transformations the institutions and family relationships that have occurred since the XIX Century. It was, in short, situating the nursing home in the aging management system that was institutionalized in these societies, before we focus more specifically on a particular nursing home, taken as a specific framework for social interactions.

Taking advantage of the experience gained from professional practice, we develop, therefore a micro sociological analysis whose main objective was to understand how the structure and culture of an organization of this type intervenes in the aging process itself, breaking the common sense that it takes to consider that the so called social responses are necessarily solutions to social problems. Here the starting point was the opposite: it was assumed that they could be part of the problem, this is, the loneliness and the loss of reasons to live in old age.

This reflection was conducted under the concept of total institution defined by Goffman (1961). It is this concept and the various dimensions that reading the work of Goffman allows to emphasize that guided the observation of the procedures, routines and relationships implemented in that nursing home in question. And also contributed to the organization of this thesis.

Finally, and because the diagnosis of a specific situation has to serve as a basis in the field of social work to foresee the action aiming the producing of changes, we tried to infer from the analysis carried out some lines of action to prevent serious risk of "social death" that the nursing homes that come closest to the ideal type of "total institution" make the individuals who must reside in them run.

Keywords: Aging, total institution, loneliness, loss of autonomy, loss of identity

I. Introdução

Enquanto objecto sociológico, o fenómeno do envelhecimento pode ser construído de diversos modos, desde as desigualdades de condições de existência que perpassam os indivíduos que apenas partilham uma mesma fase do ciclo de vida até às racionalizações colectivas que suscita, passando, ainda, pela diversidade dos modos de o gerir implementados em diversas sociedades ou coexistindo num dado contexto societal. Este trabalho surgiu no quadro da prática de serviço social a partir da qual demos início à nossa vida profissional e a abordagem que decidimos privilegiar prende-se, por este motivo, com a transformação da velhice numa questão social e política à qual as sociedades ditas desenvolvidas procuram responder por via da criação de instituições e de profissionais especializados. Interessa reconhecer que este tipo de tratamento da velhice é bastante recente na história das sociedades ocidentais, fruto de uma ruptura cada vez mais nítida com outros modos de fazer, caracterizados por relações de troca directa entre pessoas no seio da instituição familiar e, frequentemente, da comunidade de residência.

O nosso propósito não pretende aprofundar a análise das modificações das estruturas económicas, sociais e familiares que impulsionaram os Estados a delinear políticas e dispositivos institucionais destinados a responder às necessidades das pessoas que envelhecem. Com efeito, o tratamento dado a esta questão não vai além de um capítulo introdutório (cap.1), uma vez que o que procuramos aprofundar neste trabalho é a relação entre um tipo de dispositivo oficialmente criado para proteger indivíduos fragilizados pelo avançar da idade e o próprio processo de envelhecimento. Rompendo com a representação (apaziguadora) de senso comum segundo a qual as organizações e práticas profissionais que decorrem directamente do lançamento de políticas sociais são “respostas” aos problemas, decidimos partir da hipótese de que possam, sem ninguém o querer e o desejar, fazer parte integrante destes mesmos problemas. Por outras palavras, decidimos não recusar a priori a possibilidade de uma “resposta” social, oficialmente destinada a promover o “bem envelhecer” (Sève, 2010), poder, na realidade, transformar-se num factor de “lenta exclusão da comunidade dos vivos”, para retomar a expressão de N. Elias (1986), privando os indivíduos, numa medida

variável consoante os casos, de motivos essenciais para prosseguir uma vida realmente humana.

A velhice é interpretada por Erikson E.H. (1998) como uma das inevitáveis crises de identidade inerentes ao próprio desenvolvimento psicossocial, cuja resolução passa pela construção de um razoável equilíbrio entre a integridade, ou seja, a capacidade de reconhecer sucessos e elaborar fracassos vivenciados ao longo da vida como partes integrantes de um todo dotado de sentido e compatível com um sentimento de realização, e o desespero resultante de uma representação predominantemente insatisfatória da vida passada, agravado pelo sentimento de que já não há mais tempo para alterar o que se viveu. É nesta fase que a pessoa que envelhece faz o balanço da sua vida, procurando confrontar as finalidades que se propunha alcançar às que efectivamente atingiu. Quando o sentimento que ressalta deste olhar retrospectivo é positivo, porque o que realizou se revela suficientemente valioso aos seus olhos, torna-se possível aceitar as consequências do avançar da idade, com uma relativa serenidade ou sabedoria. Pelo contrário, quando, face a um balanço negativo, o indivíduo fica dominado pelo sentimento de que não existem mais oportunidades de alterar o rumo da sua vida, o mais provável é que o envelhecimento seja pautado pelo sentimento de fracasso e vivido como estagnação ou, até, mesmo insuportável decadência. Mas, na perspectiva da sociologia, como na do próprio Erikson que se destaca por nunca dissociar os conflitos identitários das condições socioculturais em que ocorrem, há motivos para perguntar se a resolução do dilema entre a integridade e o desespero, supondo, muitas vezes, a reparação de outros conflitos correspondendo a fases anteriores da vida, não depende significativamente do contexto relacional em que os indivíduos envelhecem.

Não haverá mais probabilidade de mergulhar no desespero quando se é confrontado com a obrigação de romper com os lugares em que a vida foi vivida? Não haverá menos oportunidade de resolver o conflito a favor da integridade quando ficam de repente suspensas ou profundamente alteradas as interacções que constituíam a trama da vida quotidiana? Como escapar ao sentimento do irremediável quando as oportunidades de se envolver em laços com os outros se restringem cada vez mais?

Formulando de outro modo a nossa questão de partida, o que pretendemos apreciar, retrospectivamente, é se o funcionamento do lar de idosos em que trabalhamos durante três anos contribuía para uma resolução positiva da crise de identidade provocada pelo avançar da idade. Ou, pelo contrário, se dificultava a superação do dilema, contribuindo para transformar a velhice num tempo de resignação ressentida e dolorosa. Interessa-nos esclarecer se oferecia reais oportunidades de as residentes se desprenderem de algumas actividades do quotidiano, tornadas demasiado pesadas ou arriscadas, deixando-lhes, deste modo, mais amplas possibilidades de se dedicarem a práticas geradoras de sentido para a sua vida. Ou, pelo contrário, se incentivava a desistência e o desligamento das coisas da vida, a ponto de não se poder nem cultivar interesses passados, nem fomentar desejos de descoberta.

Deixando de opor dicotomicamente actividade e passividade como características do envelhecimento, diversos autores (Mallon, 2007; Caradec, 2007) têm vindo a salientar a importância dos processos de desligamentos para enfrentar a prova da idade avançada. Quando não se estende a todas as esferas do quotidiano, o abandono de certas actividades permite uma gestão mais equilibrada das perdas associadas ao avançar da idade. Desprender-se de algumas práticas do quotidiano pode, com efeito, representar um ganho de energia e de disponibilidade para salvaguardar as actividades, relações e centros de interesse que fazem que a vida continue valiosa. Não deveria o lar potenciar estes desligamentos “estratégicos” e, simultaneamente, criar condições para reforçar acções e relacionamentos que realmente fortaleçam a vontade de viver? Importa, então, em cada situação concreta perguntar se o lar permite que os indivíduos se adaptem às fragilidades resultantes do avançar da idade, sem perder, por isso, o que mais contribui para a definição do seu ser? Ou se amplia os constrangimentos a ponto não somente de inviabilizar o processo de reorganização do quotidiano mas, também, de provocar alienação social e despersonalização?

Em virtude do seu elevado poder questionador, optamos por recorrer ao conceito de “instituição total” (Goffman, 1961) para nortear a nossa observação e reflexão.

O olhar reflexivo que procuramos desenvolver a respeito do envelhecimento no quadro de uma instituição de internamento específica tem seguramente a marca de uma experiência profissional que foi para nós chocante por várias razões. Além de constituir a nossa primeira experiência profissional, envolveu o confronto com uma estrutura e uma cultura organizacionais mais fundadas no senso comum do que nos conhecimentos disponibilizados pelas ciências sociais a respeito do fenómeno que pretendia tratar. Implicou, também, o confronto com uma "equipa" dirigente (fundamentalmente constituída por duas pessoas) cujo modo de exercer o poder acabava por ser muito próximo do modelo da autoridade tradicional proposto por Max Weber (1971), considerava como inquestionáveis as rotinas estabelecidas e transformava a relação hierárquica numa relação de mera obediência às pessoas dos dirigentes. Por fim, esta primeira experiência profissional revelou-nos de forma crua quanto, no silêncio de uma instituição em acordo formal com as normas vigentes, o envelhecimento pode ser transformado num processo de profunda desumanização.

As funções atribuídas formalmente pela direcção "técnica", assumida conjuntamente pelo Presidente da Direcção da IPSS e pela encarregada geral, tinham um cunho predominantemente administrativo. A constituição de uma equipa de trabalho coesa, graças à definição de uma política de cuidados adequados às características socioculturais e aos estados de saúde dos idosos, susceptível de contínuos aperfeiçoamentos, não estava no centro das suas preocupações. Dando muito pouco relevo à construção de relações de implicação dos profissionais junto dos idosos, a direcção "técnica" acabava por privilegiar a função de vigilância do cumprimento das regras de funcionamento estabelecidas, independentemente do seu impacto no processo de envelhecimento dos residentes.

Para estar em condição de interpretar as condutas das residentes sem ceder à tentação de as atribuir à velhice ou à responsabilidade individual, procuramos dirigir o olhar de forma relativamente sistemática para dimensões do funcionamento institucional potencialmente implicadas na produção da desumanização acima referida. Tentar desmontar esta engrenagem social é, além disto, um modo de reconhecer que a sua mudança é exequível e de

começar a traçar caminhos destinados a reduzir o risco de “mau envelhecer” e “mau viver” que este tipo de instituição comporta.

Assim, ao longo dos capítulos 2, 3, 4, 5 e 6, procuramos identificar no lar em observação algumas das principais características constitutivas da instituição total, segundo Goffman: a concentração de toda vida num só lugar cortado do mundo social envolvente (cap.2), a regulamentação pormenorizada de todo o quotidiano (cap. 3), a imposição do tratamento colectivo de todas as necessidades (cap. 4), o fosso criado entre o pessoal de enquadramento e as residentes de que supostamente cuidam (cap.5) e, finalmente, as diversas encenações de unidade entre equipa dirigente/de enquadramento e residentes (cap.6).

Nos capítulos 7 e 8, voltamo-nos mais directamente para o no universo das residentes. Resistindo à tendência para tudo atribuir ao facto de serem velhas e oriundas de grupos sociais relativamente desprovidos dos recursos socialmente valorizados, começamos por procurar interpretar os seus comportamentos, quer quando jogam o jogo da instituição, quer quando procuram salvaguardar alguma autonomia (cap.7). Seguidamente, é ao processo de transformação do modo como representam os outros e a si próprios que procuramos dar relevo (cap. 8). Partimos, portanto, do pressuposto de que as etapas desta transformação não dependem fundamentalmente das acções e “escolhas” dos indivíduos mas da estrutura e do funcionamento da instituição lar e também do que outros indivíduos implicados na vida dos idosos (família, médicos de família, especialistas, co-residentes, dirigentes institucionais, profissionais ...) fazem ou decidem em determinados momentos-chave. Seguimos, pois, uma perspectiva que leva em consideração aspectos mais dificilmente identificáveis da vida quotidiana, de que somente a observação etnográfica pode dar conta: a complexidade das relações afectivas no seio do círculo familiar, a emergência de problemas de saúde, a evolução das afinidades entre residentes ou entre residentes e profissionais. O conceito de carreira, aplicado ao percurso de pessoas que, com o avançar da idade, passam a residir num lar, afigurou-se-nos como um instrumento valioso para dar significado a práticas e representações observadas no dia-a-dia da instituição, considerando, neste percurso, não somente o choque da entrada no lar e as rupturas que este implica mas,

igualmente, o inevitável confronto, no lar, com a ameaça que representa a existência de residentes que se tornaram dependentes (Mallon, 2000).

É, pois, o resultado de um estudo de caso que aqui apresentamos. A partilha do quotidiano no lar de idosos e a participação nas mais diversas actividades permitiram-nos captar “desde o interior” a realidade quotidiana das residentes. Opostamente às informações recolhidas através de um questionário pré-estabelecido, tais informações são apreendidas em situação, indissociáveis de vivências concretas. O desempenho de uma actividade profissional que implica um forte investimento no relacionamento interpessoal propiciou uma imersão regular e prolongada, compatível com o método de observação dito etnográfico, particularmente adequado para tentar compreender os modos de agir e reagir dos indivíduos e relacioná-los com as características do quadro de interacções sociais em que se desenvolvem. Este tipo de observação não se limita à recolha de opiniões formuladas sobre a pressão de um questionamento “forçado”, no desenrolar de um encontro pontual e muito artificial. Cria, antes, possibilidades de aceder a sentimentos e significados que os indivíduos não são muitas vezes capazes de formular ou de explicitar, de que não têm sempre consciência e que são apreendidos não a partir dos discursos mas, antes, das condutas.

Importa deixar claro que a situação de observação participante acabou por ser interrompida de modo relativamente inesperado, na medida em que, no decorrer do trabalho de sistematização das observações, surgiu a oportunidade de trabalhar num contexto institucional distinto e portador de melhores perspectivas de evolução profissional. Se é certo que muitas das informações em que nos apoiamos neste trabalho foram, de certo modo, reconstituídas a posteriori, uma vez que deixamos a instituição cerca de dois meses após o início do trabalho destinado à elaboração da dissertação, não é menos verdade que os três anos de exercício profissional a tempo inteiro no lar forneceram numerosas oportunidades de partilhar as vivências dos diversos actores deste quadro de interacção específico e deixaram bem marcadas em nós observações que, em estreita articulação com a apropriação de contributos teóricos, alimentaram a nossa reflexão sobre o envelhecimento neste tipo de contexto institucional.

O objectivo deste trabalho não é, todavia, de realizar uma espécie de catarse destinada a nos libertar pessoalmente de uma experiência em muitos aspectos frustrante e inquietante. Não temos, obviamente, qualquer pretensão de generalização. Trata-se sem dúvida de um caso singular, mas que está longe de poder ser considerado como excepcional a ponto de não poder enriquecer a reflexão crítica acerca da gestão do fim da vida em instituição e, por esta via, contribuir, ainda que modestamente, para a definição de práticas com mais potencial para que a vida possa ser realmente vivida até à morte. Com efeito, a nossa convicção é que tais práticas só podem ser delineadas quando se procura integrar o vivido dos indivíduos que residem nestes “alojamentos colectivos” na sua relação com as normas (formais e informais) do funcionamento institucional. Com efeito, o que torna o trabalho social particularmente desafiante é que as mudanças que pretende provocar nas condições e experiências de vida dos indivíduos não são dissociáveis de intervenções antes de mais dirigidas às lógicas e dinâmicas institucionais exteriores a estes mesmos indivíduos.

No respeito da necessária confidencialidade, basta referir que o lar em análise se situa numa área sub-urbana do Grande Porto, num sítio relativamente isolado, uma vez que localizado a cerca de 600 metros de qualquer zona residencial e comercial. Ultrapassada esta “barreira”, as residentes têm acesso a meios de transportes colectivos, bem como a uma diversidade de equipamentos prestadores de serviços (designadamente, banco, posto de correio, cuidados de saúde e de comércio).

O lar existe como tal desde meados da década de 80, tendo sido até esta altura um asilo que albergava mendigos e doentes em fase terminal sem retaguarda familiar. Usufriui, actualmente, do estatuto de Instituição Privada de Solidariedade Social com Acordo de Cooperação com o ISS, I.P., destinado, segundo os seus estatutos, a acolher mulheres idosas, com prioridade para as residentes no mesmo Concelho. Na altura a que se refere o nosso trabalho, viviam nele 38 residentes, 36 de sexo feminino e a título excepcional 2 homens. A média de idades era já relativamente elevada, uma vez que se situava

entre os 75 e os 80 anos, à semelhança do que se pode constatar a este respeito a nível nacional¹.

No que concerne ao estado civil, constatamos que apenas existia entre os residentes um casal, sendo que todas as restantes eram solteiros (5) e viúvas. Mais de metade das residentes eram analfabetas e com níveis de instrução inferiores à conclusão do ensino primário. Com raras excepções, participaram desde muito cedo, na infância, em actividades destinadas a contribuir para a sobrevivência material da família, designadamente por via do trabalho agrícola ou tornando-se empregadas domésticas. Na vida adulta, dos 34 indivíduos acerca dos quais temos um registo preciso, onze não exerceram qualquer actividade profissional (sete por cuidarem das tarefas domésticas no seu próprio agregado familiar e quatro por serem portadoras de deficiência mental, o que originou o seu internamento na época em que a instituição era um asilo); seis foram agricultoras por conta própria, quatro possuíam um pequeno comércio, cinco eram empregados pouco ou nada qualificados dos serviços (ajudante de cozinheira, empregada doméstica (dois), paquete, telefonista), sete foram operárias e apenas uma residente exerceu a profissão de professora do ensino secundário. Para continuar a situar a realidade concreta a que nos referimos neste trabalho, importa ainda assinalar que o avançar da idade era associada, num grande número de casos, a estados de saúde deficitários, quer afectando a mobilidade física (seis), quer provocando perdas cognitivas (oito), quer traduzindo nos dois tipos de limitações (onze), reduzindo a cerca de dez as residentes cujo estado de saúde podia ser definido como "independentes". Salienta-se, finalmente, que, para a maioria dos residentes, o tempo de internamento era já considerável, uma vez que para nove era superior a 20 anos, para catorze situava-se entre os 5 e 10 anos e somente para onze era inferior a 5 anos.

¹ A partir das informações dos Censos 2011 disponíveis no site do INE, é possível verificar que, no seio da população idosa que vive em alojamentos colectivos de apoio social, 72% têm idades iguais ou superiores a 80 anos.

1. Constituição de um sistema institucional de gestão da velhice e enfraquecimento dos laços familiares

Embora inegável o crescimento do peso relativo dos idosos na estrutura populacional, importa reconhecer que a constituição da velhice em problema social, isto é, em objecto de medidas de política social, está longe de ser o mero resultado do crescimento do número de pessoas idosas, como sugere a noção de envelhecimento demográfico (Lenoir, 1979). São, pois, fundamentalmente as transformações que ocorreram nas estruturas económicas e, por esta via, nas instituições familiares que estão na génese de modos de tratar a velhice que assentam cada vez mais na prestação de cuidados por instituições e profissionais especializados.

O envelhecimento registado na população portuguesa, sob o duplo efeito da diminuição da mortalidade e da natalidade torna-se bem patente quando se comparam os valores dos principais indicadores em 1960 e em 2011. No que respeita à natalidade, lembra-se que em 1960 era de 24,1/1000, sendo que o índice sintético de fecundidade era, na mesma data, de 3,2. No que à diminuição da mortalidade respeita, é de registar que o peso relativo dos indivíduos com 65 e mais anos evoluiu de 8% em 1960 para 19% em 2011, sendo que, entre as mesmas datas, a proporção dos indivíduos com 75 e mais anos na população total passou de 2,7% para 9,1%. Considerando agora o índice de envelhecimento, verifica-se que, em 1960, por cada 100 jovens registava-se a existência de 27,3 idosos. Em 2011, o número de idosos ultrapassa de longe o dos jovens, chegando-se a 127,8 idosos por 100 jovens, na altura dos últimos censos.

Históricamente, a constituição da velhice em problema social está relacionada com a industrialização que afectou profundamente a definição do trabalho, desde logo transformando-o numa mercadoria, ou seja, reduzindo-o às “habilidades vendáveis” num mercado. A industrialização capitalista desencadeou uma mudança profunda de toda a ordem social, atingindo todo o sistema de atitudes, em relação ao trabalho como noutros domínios da vida. Com efeito, provocou uma total dissociação entre a actividade produtiva e as funções familiares e, por via do assalariamento, submeteu o próprio trabalho ao princípio da sua rentabilidade económica para outros totalmente exteriores ao grupo familiar (os donos de meios de

produção). Além disso, submetido a uma lógica de cálculo económico, a actividade de trabalho individualizou-se, passando a constituir um elemento central da definição da identidade de cada um, de diferenciação dos membros de uma mesma família e, ainda, da avaliação do valor social de cada indivíduo, inclusive no seio da família.

É, precisamente, por este conjunto de motivos que Weber (in: Lenoir, R. 1989) associa estreitamente a dissolução da comunidade doméstica ao desenvolvimento da economia capitalista ou, por outras palavras, a transformação das instituições familiares à das estruturas económicas. Do trabalho assalariado decorre a oposição vincada entre actividade e inactividade e a associação entre inactividade e velhice. Da generalização do espírito de cálculo decorre a desvalorização da velhice, tornada sinónima de invalidez e, portanto, de inactividade. Com o desenvolvimento do trabalho assalariado, que conduz à imposição da definição do trabalho como actividade produtiva e rentável, enfraquecem os laços de interdependência no seio do grupo familiar. E a depreciação da inactividade, sinónima da falta de rendimento, conduz a uma autêntica inversão das relações de força entre as gerações no seio da família. São, alias, todas as funções da família, todas as trocas entre os seus membros, essenciais para que possa constituir efectivamente um grupo, que são pouco a pouco transformadas.

A título de exemplo, o facto de o acesso a um lugar na vida profissional e social depender cada vez mais das certificações escolares e de modos de recrutamento exteriores à família (anúncios, concursos, agências de recrutamento de mão-de-obra) quebra a relação de dependência dos filhos aos pais que existia na família unidade de produção. O avanço da ideologia meritocrática, amplamente difundida pela própria instituição escolar, contribui para uma crescente individualização e dificulta a tomada de consciência de que os membros das gerações mais novas só se desenvolvem na medida em que os da geração precedente investem na sua educação e na promoção das condições indispensáveis à sua sobrevivência. Para retomar a leitura de N. Elias (1998), dir-se-ia que a expansão da escolarização contribui activamente para que os indivíduos “esqueçam” que não são mais do que um elo na sucessão das gerações.

Neste processo de transformação das funções assumidas pela instituição familiar, constata-se que muitos dos cuidados que eram tradicionalmente assumidos no seu seio, e contribuíam para a fazer existir como grupo, foram progressivamente remetidos para instituições, com pessoal especializado. Tal se verifica logo na pequena infância, com o desenvolvimento das creches, infantários e a própria escola, mas igualmente noutros domínios: o acesso a uma habitação independente da da família de origem depende cada vez mais do sistema bancário e, na mesma lógica de independência crescente entre as gerações, a resposta às necessidades dos mais velhos passam cada vez mais pelo sistema de pensões de reforma e pela criação de outros estabelecimentos especializados, tais como lar ou residência, centros de dia, serviços de apoio domiciliário.

Esta transferência tem consequências em vários planos. Por um lado, tende a limitar, em partes variáveis segundo as classes sociais, o poder que os pais exercem sobre os seus filhos. Por outro lado, abala a unidade da estrutura familiar e acelera o processo de individualização, ou seja, a ruptura entre o “eu” e o “nós” tão típica das sociedades contemporâneas. Acresce, ainda, por relação às questões que estão no centro do trabalho de análise que desenvolvemos, que a substituição de modos de gestão da velhice (ou de outros momentos de fragilidade que marcam a vida dos indivíduos, como, por exemplo, a doença ou a própria infância) fundados nas trocas e negociações de pessoa a pessoa por outros que dependem de instituições e profissionais especializados implica o desafio de resolver problemas humanos, complexos e multifacetados, por via de lógicas societais (e não comunitárias), envolvendo o desempenho de papéis profissionais, com conteúdos funcionais diferenciados e hierarquizados e, não raro, submetidos a rotinas burocráticas. Opostamente, no modo de gestão tradicional (familiar) da velhice que punha em relação directa o velho e os próximos que se encarregavam de o cuidar, o custo deste encargo e as obrigações correlativas eram objecto de negociação de pessoa a pessoa e nesta negociação os pais idosos encontravam-se numa posição que lhes era globalmente favorável, desde logo porque, no sistema cultural então dominante, o facto de envelhecer não induzia uma desvalorização simbólica.

O modo de cuidar que serve, hoje, de substituto aos cuidados familiares tem a característica principal de assentar em relações anónimas e despersonalizadas entre o velho, a instituição e os técnicos que se encarregam de o cuidar. Este anonimato é particularmente vincado no sistema de pensões que leva a confiar (pelo menos parcialmente) a manutenção financeira da velhice às leis estatísticas relativas à mortalidade ou à esperança média de vida. A introdução, em 2007 em Portugal, do "factor de sustentabilidade" no cálculo das pensões, o qual provoca a redução do valor da pensão à medida que a esperança de vida aumenta, é um exemplo bem esclarecedor desta lógica estatística anónima. Os regimes de pensão de reforma são baseados em relações de dependência mútua entre pessoas que não se conhecem directamente e que desconhecem que estão ligadas por estas relações. São «grupos» nos quais as relações entre os membros são exclusivamente jurídicas, como as que mantêm, por exemplo, os accionistas de uma sociedade anónima. As relações são definidas pelo direito de se apropriar, em condições determinadas e independentes dos indivíduos, de uma parte do capital posto em comum que, no caso particular das caixas de reforma, é formado pelo conjunto das cotizações dos sócios. Este modo burocrático de gestão das populações supõe a elaboração e o reconhecimento de princípios universais e abstractos de classificação, distinguindo as características dos titulares de direitos, assim como a produção de agentes especializados para aplicar estes princípios. No caso da velhice, os critérios adoptados são muito simples: a idade, a duração e o montante das cotizações (Lenoir, 1979).

Se é certo que o lar de idosos não representa um modo de gestão da velhice à partida tão anónimo e burocrático, não é menos certo que a sua história comporta facetas que importa recordar quando se tenta reflectir, com algum rigor, sobre o seu potencial para promover o "bem envelhecer" (Sève, 2010).

Como lembra R. Lenoir (1979), num país industrializado como a França, o lar – o asilo – esteve estreitamente associado, ao longo de todo o séc. XIX e ainda durante boa parte do séc. XX, às condições miseráveis da velhice operária e das classes populares, em geral. O autor acima referido relata, com efeito, que, no fim do século XIX, mais de metade da população urbana com idades iguais ou superiores aos 65 anos não recebia nem pensão, nem salário, ficando a cargo dos filhos ou, quando tal não era sustentável, das instituições de

assistência. É o que explica que, nesse país, mais de 43 % dos “hospícios” tenham sido construídos no século XIX, financiados, na sua maioria, por fundos privados provenientes das famílias dos industriais e dos banqueiros.

Bem mais tarde, em plenos “anos gloriosos”, por constatar que a morte e a velhice se tinham tornado questões tabus nas sociedades industrializadas, comumente chamadas “de consumo”, Simone Beauvoir (1970: 269 e seg.) decidiu quebrar a conspiração do silêncio dominante e revelar a situação reservada à população com mais idade. Reportando-se aos anos sessenta, a descrição que faz dos hospícios reservados aos indivíduos sem pensão de reforma ou com pensões insuficientes para enfrentar a deterioração da sua saúde merece ser lembrada para melhor entender a genealogia dos actuais lares e outras “residências senior”. A autora lembra que, nessa altura ainda, o hospício era o único recurso para os idosos que já não tinham condições físicas e económicas para responderem às suas próprias necessidades, representando, na maior parte dos países, um lugar perfeitamente desumano: um lugar onde só resta a uma grande acumulação de pessoas idosas (a autora refere um hospício que, na altura em que realizou a pesquisa subjacente ao livro, ainda reunia cerca de 200 pessoas) esperar a morte.

Reportando-se a um relatório oficial apresentado ao Ministro da Saúde acerca da grande miséria dos hospícios de França, S. de Beauvoir permite-nos entender que na altura em que escreve, tal como pelo passado, estes eram autênticos “depósitos de mendicidade”. A autora cita o famoso relatório Laroque² que pôs na ordem do dia a política de manutenção das pessoas idosas no seu domicílio como alternativa à institucionalização, o qual lembra que no passado, no hospício, “acumulavam-se inválidos, acamados e idosos válidos, apenas com a preocupação de lhes proporcionar um mínimo de alojamento, muitas vezes numa promiscuidade escandalosa e um mínimo de comida”. Ainda em 1960, o próprio Ministro da Saúde francês reconhecia que raros eram os hospícios e lares de idosos em que os serviços sanitários eram suficientes, apesar destes receberem prioritariamente idosos com um estado de saúde já debilitado. Numerosos eram aqueles em que, sempre segundo as

² Laroque era o presidente da Comissão dos Problemas Médico-Sociais da Velhice (1956) nomeada pelo Ministro da Saúde francês para estudar os problemas do envelhecimento no início da década de 60.

palavras do Ministro, se justificava plenamente falar de um verdadeiro abandono médico. E, segundo um relatório da Inspeção Geral da Saúde, do mesmo ano, à semelhança dos cuidados médicos, todos os outros serviços revelavam-se insuficientes nos hospícios e nos lares públicos.

Continuando a seguir o diagnóstico que S. de Beauvoir (1970) estabelece no final da década sessenta, em França, importa realçar que a grande maioria destas instituições era instalada em construções já muito antigas, antigos hospitais, castelos, casernas, prisões que não se adequavam de todo à sua nova função. Possuíam um grande número de escadas e regra geral não tinham elevador, limitando, assim, drasticamente o território de vida dos internados. Nos dormitórios, os idosos doentes e acamados ficavam deitados todo o dia. Verificava-se com frequência a ausência de biombos entre as camas, de mesas-de-cabeceira ou de armário individuais, privando-se totalmente os idosos, condenados a partilhar o mesmo dormitório, de um espaço seu. As pessoas de sexos diferentes eram sistematicamente separadas, ainda que formassem um casal. Não era raro colocar-se marido e mulher em hospícios diferentes. Embora existissem alguns quartos individuais nos hospícios, estes eram normalmente reservados aos indivíduos que dispunham de rendimentos suficientes para pagar o custo real dos serviços prestados. No entanto, se, por alguma razão, deixassem de poder pagar a mensalidade exigida, eram irremediavelmente transferidos para um dormitório, deixando, deste modo, bem explícita a sua "decadência". Por se encontrarem em edifícios muito antigos, as divisões eram em geral muito sombrias. O refeitório é habitualmente mobilado com grandes mesas e bancos, sem qualquer conforto, embora servisse também de sala de estar para boa parte dos idosos, uma vez que, quando existia, a divisão reservada para sala de estar era muito pequena e insuficientemente mobilada. Na maioria dos casos, os idosos tinham frio por ausência total ou insuficiência de aquecimento. Se é certo que lavandarias e cozinhas eram em geral os lugares dotados dos equipamentos mais modernos, não é menos verdade que o seu funcionamento era também ele desrespeitador da individualidade dos internados. No que respeita à alimentação, o menu era igual para todos, ignorando-se por completo a diversidade das condições de saúde dos idosos e as necessidades daí decorrentes. As instalações sanitárias eram deficitárias e insuficientes. Na maior

parte dos estabelecimentos não existiam banheiras, apenas duches de que os internados não se podiam servir mais do que uma vez por semana, às vezes uma vez por mês.

Entende-se, então, conclui S. de Beauvoir (1970), que, em tais condições, a entrada num hospício constituísse um verdadeiro drama para a pessoa idosa, designadamente para as mulheres (maioritárias), geralmente mais enraizadas no seu espaço doméstico do que os homens. O choque psicológico que esta mudança provocava traduzia-se, num primeiro momento, por fortes manifestações de ansiedade, seguidas, mais tarde, por uma atitude de profunda resignação.

A autora cita, a este respeito, os dados estatísticos estabelecidos pelo médico de um destes hospícios – e que confirmou através de numerosos outros testemunhos – segundo os quais entre os idosos saudáveis entrados num hospício, 8% morriam logo nos primeiros oito dias; 28,7% morriam durante o primeiro mês; 45% nos seis primeiros meses; 54,4% no decorrer do primeiro ano e 65,4% dentro dos dois primeiros anos de internamento.

Com a preocupação de não imputar esta mortalidade apenas às condições materiais de vida dos internados nos hospícios, S. de Beauvoir realça as consequências da institucionalização em termos de abandono, segregação e decadência, geradores de demência e finalmente de morte (1970: 273). Nos hospícios, concentrando às vezes mais de uma centena de indivíduos, o regulamento era extremamente estrito e as rotinas rígidas, contribuindo para uma total perda da personalidade e a redução da pessoa a um simples número. Sobretudo nas grandes aglomerações populacionais, os hospícios eram implantados em lugares de difícil acesso, diminuindo ainda as oportunidades de os idosos conservarem laços com os seus familiares. Mesmo que fossem válidos, as suas saídas não eram livres. Regra geral, não dispunham de mais do que uma tarde por semana para sair do hospício. Dias passados sem qualquer ocupação tornavam a grande maioria dos indivíduos psicologicamente miseráveis, ansiosos, fechados em si próprios e o facto de se encontrarem amontoados, sem qualquer vida social organizada, agudizava as susceptibilidades e as reacções conflituosas. S. de Beauvoir termina, salientando que todos os processos patológicos que podem afectar o envelhecimento eram, de certo modo, precipitados no interior dos asilos.

Todavia, tendo em conta as transformações registadas quer nas estruturas económicas, quer nas instituições familiares, ao longo dos trinta anos gloriosos, o recurso a estabelecimentos especializados na manutenção da velhice estendeu-se a todas as classes sociais, incluindo os membros das profissões intelectuais e técnicas, como se pode verificar através da multiplicação de “residências seniores”, “clubes residenciais”, “casas de repouso” e outras instituições privadas mais particularmente destinadas a receber as pessoas idosas das classes dominantes. Pela sua localização geográfica (muitas vezes mais próxima do centro das cidades ou, então, em locais de elevado valor turístico), pelo número relativamente mais restrito de indivíduos que reagrupam, pela sua arquitectura que os aproxima mais de um hotel de bom nível ou de um conjunto de apartamentos, estes estabelecimentos distinguem-se, de modo bem acentuado, não somente do hospício de velhos mas, também, do lar de idosos. A simplicidade e a sobriedade do arranjo dos estúdios individuais dos lares para os reformados das classes médias opõem-se tanto à promiscuidade e à acumulação nas salas comuns dos hospícios para velhos (dormitórios, refeitórios, galerias, etc.) como ao conforto dos apartamentos de grande luxo das residências que têm, na sua sala de estar, o mobiliário de família e a decoração tradicional das salas de recepção típicas do alojamento das classes superiores. Além da individualização (estúdio-apartamento com duas divisões para cada ocupante) e a personalização (telefone, móveis pertencentes ao residente, etc.) do espaço privado, os estabelecimentos que acolhem os membros idosos das classes superiores oferecem serviços cujo uso é facultativo, como a restauração, a ajuda doméstica ou, até, em certos casos, a animação. É também através da oferta de serviços médicos (mais ou menos integrados no próprio estabelecimento) que estes estabelecimentos se distinguem, simultaneamente, do hospício e da residência não especializada. Alguns dispõem de pessoal especializado e de equipamentos médicos ou, como este centro de geriatria financiado por uma caixa de reformas de quadros, de «serviços de reeducação funcional e psicológica que podem deixar esperar um retorno à vida habitual» (Lenoir, 1979: 67).

Com o crescimento do salariedade, a generalização dos sistemas de reforma e o desenvolvimento da norma da independência entre as gerações no seio da família, o problema social do envelhecimento deixa progressivamente de ser circunscrito ao problema da gestão da velhice indigente. Passa a dizer respeito à inserção das pessoas idosas em geral na sociedade (Lenoir, 1979).

Para retomar a terminologia proposta por A.M. Guillemand (1996), a política social evolui no sentido de uma política do modo de vida na velhice e não apenas de uma política destinada a garantir a integração económica da população envelhecida. Se é certo que a falta de um mínimo de recursos económicos condena os indivíduos envelhecidos ao que a autora designa pela expressão "morte social", não é menos verdade que, nos anos setenta, cresce a consciência a respeito de um outro risco de exclusão, ameaçando os idosos de diversas classes e fracções de classe social: o da sua "lenta exclusão da comunidade dos vivos" (Elias, N. 1998), quer por via da institucionalização, quer por falta de oportunidades concretas de os indivíduos reformados assumirem um papel social reconhecido a partir do momento em que se reformam. Vários factores se combinam para que os governantes não se preocupem apenas com medidas de transferências de recursos financeiros a favor dos reformados mas também com a oferta de serviços e equipamentos colectivos destinados à oficialmente chamada "terceira idade". Um deles é a tomada de consciência dos elevados custos da institucionalização, sobretudo a partir do momento em que se amplia a tomada de consciência do carácter profundamente desumano do asilo ou do hospício. Evitar ou, pelo menos, restringir a institucionalização constitui um objectivo em si, uma vez que, para além do seu carácter dispendioso, esta modalidade de gestão da velhice acarreta outras consequências negativas, tais como o crescimento brutal da dependência e a rejeição social dos idosos. A partir do momento em que a condição de reformado se diversifica socialmente, o problema da marginalização social da população idosa coloca-se com mais força e lançam-se as bases de medidas alternativas à institucionalização: melhoria e adaptação dos alojamentos, fomento dos apoios no domicílio (nos campos das ajudas domésticas, do fornecimento de refeições, da prestação de cuidados de higiene pessoal e de saúde), criação de equipamentos de proximidade, tais como clubes de terceira idade, centros de convívio e de dia,

universidades seniores. O denominador comum de todas estas medidas consiste-se em situarem-se entre a mera política de reforma enquanto mecanismo de transferências sociais e o assumir de um total controlo sobre o dia-a-dia dos idosos por via do internamento em lar ou unidade de cuidados continuados. Espera-se desta nova orientação da política social que permita racionalizar e conter a despesa pública resultante do envelhecimento, desde logo porque deve contribuir para evitar que problemas ligeiros de inadaptação sejam transformados em problemas pesados de assistência no quadro do que Goffman designou por “instituição total”. Como sintetiza A.M. Guillemard (1996: 193-206), no texto a que temos vindo a nos referir, o objectivo destes programas consiste em limitar a perda de autonomia e de inserção social dos idosos, prolongar a sua independência graças à manutenção no domicílio e no meio ambiente habitual, de modo a atrasar ou evitar a entrada em instituição total com todas as suas consequências: segregação, estigmatização e relegação.

Depois de algumas décadas de implementação destas novas medidas, não se pode deixar de constatar, contudo, que o problema social do envelhecimento é particularmente complexo e difícil de resolver na sociedade contemporânea. Não somente as medidas associadas a esta política do modo de vida produziram efeitos ambíguos, para não dizer paradoxais, tal como o reforço da construção de uma representação social da velhice como tempo da dependência, do recuo da autodeterminação, arrastando despesas colectivas que acabariam por sobrecarregar excessivamente os membros das gerações mais novas.

É, todavia, importante constatar que, paralelamente a estas tentativas de diversificar as medidas de política social dirigida ao envelhecimento, as instituições de internamento estiveram longe de perder importância. O enfraquecimento dos laços familiares, em boa medida gerado pela generalização do trabalho assalariado e as exigências do mercado de trabalho, num contexto de crescente urbanização, é provavelmente um dos principais factores explicativos da oferta e da procura deste tipo de dispositivo.

Centrando-nos no caso da sociedade portuguesa contemporânea, as informações estatísticas disponibilizadas, a partir de 2000, pela Carta Social deixam claro o crescimento muito significativo dos Centros de Dia e dos

Serviços de Apoio Domiciliário. Todavia, confirmam, também, a importância que continuam a assumir os lares e residências para idosos no conjunto das instituições especializadas na gestão do envelhecimento de que, cada vez mais, depende a prestação de cuidados outrora assegurados no quadro da instituição familiar.

Assim, começando por considerar o número das instituições que promovem centros de dia, lares/residências e serviços de apoio domiciliário, conclui-se que, de 2000 a 2012, as instituições de internamento registaram um crescimento superior ao dos centros de dia (42% contra 24%) mas inferior ao das instituições que prestam serviços no domicílio (60%). Passando ao número de idosos que podem vir a usufruir destes três tipos de serviços, observa-se igualmente um aumento significativo dos lugares em estabelecimentos residenciais (44% contra 22% para os lugares em centros de dia), embora, à luz deste indicador, torna-se claro o propósito de criar alternativas ao internamento quando os indivíduos se confrontam com a fragilização do seu estado de saúde ou, até, com a dependência funcional e carecem de protecção assegurada no quadro dos laços primários³. Com efeito, a taxa de crescimento do número de idosos que podem receber cuidados profissionalizados no domicílio é mais de duas vezes superior à que se regista para os lares (96% contra 44%). Finalmente, no que respeita ao número real de utilizadores, também se assiste a uma evolução crescente na ordem dos 65,33% para os serviços de apoio domiciliário e de 39,95 % para lares de idosos. Verifica-se contudo uma evolução menos significativa na percentagem de ocupação nos centros de dia (aproximadamente 3,65%).

A importância dos lares no dispositivo de prestação profissionalizada de serviços a idosos é igualmente confirmada quando se confrontam as percentagens de idosos que, no conjunto da população com idades iguais e superiores a 65 anos, tinham a possibilidade, em 2012⁴, de recorrer aos três

³ As informações disponibilizadas pelos Censos de 2011 permitem estabelecer que, no seio da população idosa que vive em alojamentos colectivos de apoio social, 72% têm idades iguais ou superiores a 80 anos.

⁴ Registe-se que, segundo as informações divulgadas pela Pordata, a população com 65 ou mais anos representava mais de 19% do total da população portuguesa (19,21% contra 19,03% em 2011). Em números absolutos passou de 2.010.064 em 2011 para 2.020.127 no final do ano seguinte.

tipos de equipamentos sociais. Com efeito, os serviços de apoio domiciliário têm capacidade de resposta para 4,8% da população idosa, seguidos pelos serviços residenciais (3,9%), enquanto os centros de dia não podem acolher mais do que 3,1% desta mesma população.

Evolução do Número de Instituições, Lugares e Utilizadores nos equipamentos sociais para idosos

	Nº de Instituições		Nº de Lugares		Nº de Utilizadores	
	2000	2012	2000	2012	2000	2012
Lar de Idosos	1469	2093	55523	79997	53327	74629
Centros de dia	1624	2013	51876	63444	41142	42643
Serviço de apoio domiciliário	1667	2566	49473	96785	45935	75944

Fonte: Carta Social, 2000 e 2012

É certo que, desde as últimas décadas do século XX, assistimos, em Portugal, a um processo de “regulação” dos diversos tipos de serviços prestados no quadro da protecção social pública, para-pública e privada. Normas técnicas e manuais de boas práticas editados pela Segurança Social, escalas de avaliação da qualidade, sistemas de certificação/acreditação dos equipamentos são alguns dos instrumentos que passaram a ser utilizados com a finalidade manifesta de aperfeiçoar os serviços prestados. A própria designação “lar de idosos” deixou, a partir de 2006⁵, de ser oficialmente utilizada pela entidade reguladora e substituída pela expressão genérica “estrutura residencial para idosos” que, de certo modo, apaga a diferenciação entre o lar de idosos em que o alojamento se reduz a um quarto (em muitos casos partilhado com um ou vários outros idosos) e a residência que, seguindo a terminologia da Segurança Social, era “constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial”⁶. Os próprios objectivos das diversas modalidades de alojamento colectivo para idosos

⁵ (Despacho do Senhor Secretário de Estado da Segurança Social, de 2006.01.19)

⁶ Ver definição de conceitos em: <http://www.cartasocial.pt/conceitos.php?img=0>

agrupadas sob a designação eufemizada de “estrutura residencial para idosos” conheceram reformulações que traduzem bem a preocupação de afastar as representações negativas que evoca a referência ao asilo ou ao lar, associados à reclusão ou, pelo menos, ao confinamento num contexto que limita severamente o desenvolvimento humano. Passam, hoje, a integrar noções do discurso gerontológico mais divulgado, como se pode confirmar através da consulta do site da Segurança Social⁷. Com efeito, é recomendado que os serviços prestados pelos lares sejam “adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas”, que contribuam “para a estimulação de um processo de envelhecimento activo”, criem “condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar” e, finalmente, tenham a finalidade de “potenciar a integração social”.

Sabendo, contudo, à luz da sociologia (Merton, 1970), que a prática social produz sempre resultados não previstos, não desejados por ninguém e cujo grau de afastamento em relação aos objectivos manifestos nunca é imediatamente apreendido pelos agentes envolvidos na acção, o profissional de serviço social não pode deixar de recorrentemente questionar-se acerca da distância real que separa, hoje, uma determinada instituição de alojamento colectivo para idosos do sistema social específico que Goffman conseguiu revelar e interpretar graças ao conceito de instituição total.

O nosso ponto de partida não consiste, pois, em postular a priori que um dado lar de idosos é uma instituição total e proceder a uma condenação sem recurso deste tipo de organização. Consiste muito mais em recorrer ao conceito construído por Goffman para romper com as categorias préconstruídas da prática político-administrativa, desde logo as que levam a reproduzir o pensamento dicotómico que estabelece uma nítida separação entre “problema social” e “resposta social” como se esta fosse, só por existir, a solução do primeiro e não, simultaneamente, resposta parcial e parte do problema.

O desafio que tentamos relevar prende-se, pois, com uma postura problematizadora assente na conjugação de uma dada perspectiva teórica e de uma certa familiaridade com uma situação social concreta (a de um lar

⁷ Ver definição de conceitos em <http://www4.seg-social.pt/idosos>

em que trabalhamos durante três anos). E o que pretendemos problematizar são as relações entre um tipo de instituição que toma conta de toda a vida dos indivíduos, na fase final da sua existência, e o desenvolvimento de comportamentos de desligamento do mundo, geralmente associados a uma crescente paralisia da actividade física, cognitiva e social. Dito de outro modo, o que fundamentalmente nos motiva é ampliar a capacidade de resistir à pressão do senso comum, inclusive do senso comum das instituições e dos profissionais, que tende a interpretar a grande maioria das reacções e condutas dos idosos que passam a viver num lar como consequências inelutáveis do envelhecimento.

2. Toda a vida concentra-se num só lugar separado do mundo social envolvente

Tal como Goffman a definiu, a instituição total tem a particularidade de estabelecer uma rigorosa separação entre o local em que toda a vida se concentra e o mundo exterior e esta característica está bem presente no lar que nos propomos analisar. O seu recinto é delimitado por gradeamentos e por um portão habitualmente fechado, cuja abertura e fecho são controlados remotamente por um membro do pessoal. Deste modo, apesar de o lar passar a constituir «a sua casa», as próprias residentes, mesmo as que são totalmente independentes, não podem entrar sem tocar a campainha e esperar que alguém lhes abra o portão. Também não têm a liberdade de sair sem previamente informar um funcionário uma vez que têm de solicitar a abertura do portão.

Importa ainda realçar que para poder sair “livremente” do lar, a residente deve encontrar-se plenamente autónoma, com total mobilidade. Caso tenha limitações funcionais, só pode sair desde que demonstre poder contar com a protecção e o suporte de alguém, exterior à instituição, que possa ajudá-la a superar a sua falta de mobilidade. O que deixa claro que a instituição não assume como responsabilidade sua proporcionar oportunidades de as residentes manterem laços com o mundo exterior a partir do momento em que apresentam alguma fragilidade⁸.

Sendo autónomas, as residentes têm obrigatoriamente que comunicar a sua pretensão de sair da instituição à assistente social ou à encarregada geral. Se é certo que não se trata propriamente de um pedido de autorização, não é menos verdade que, em certos casos, pode ser dissuadidas, designadamente por lhes ser lembrado que não podem de modo nenhum chegar atrasadas às refeições, sob pena de ficar privadas delas.

As únicas excepções aparentemente aceites são as saídas para consultas e exames médicos. No entanto, quem, por este motivo, se atrase, vê-se privado de uma parte da refeição. Com efeito, não existe o cuidado de colocar de

⁸ Segundo a definição dos estados de saúde proposta por C. Lalive d'Épinay, a fragilidade representa o estado intermédio entre a independência e a dependência. In: *La retraite et après? Vieillesse entre science et conscience - Leçon d'Adieu*; Université de Genève: Centre Interfacultaire de Gérontologie et Département de Sociologie, Coll. Questions d'âge, n°2. 60p, 2003.

parte o prato principal para o poder servir posteriormente e apenas serão servidos um prato de sopa e uma fruta à idosa que, por motivos de consulta, não cumpre os horários pré-estabelecidos.

A separação entre o lar e o mundo exterior fica ainda bem patente na regra que consiste em só excepcionalmente recorrer aos familiares para acompanhar as idosas a consultas e exames médicos. Em vez de perspectivar o acompanhamento por um familiar como uma modalidade de cooperação saudável e desejável entre a instituição família e a instituição lar, esta acaba por assumir uma espécie de propriedade integral das residentes, limitando-se a fazer apelo à família apenas, e tão só, quando se vê confrontada com a falta de pessoal para garantir o acesso das idosas às consultas ou outros actos médicos.

A regulamentação das visitas, autorizadas apenas no período da tarde, testemunha desta mesma propensão para limitar o envolvimento dos familiares na vida das idosas. A presença dos familiares na altura das refeições é, à partida, eliminada pelo horário das visitas, entre as 14h e as 18h, sendo que a partilha de refeições no lar com familiares ou amigos é totalmente inconcebível.

Outro sinal de fechamento ao mundo exterior e das fortes limitações que a instituição assim impõe à sociabilidade das idosas prende-se com a ausência de espaço minimamente acolhedor onde as residentes pudessem receber familiares ou amigos. As idosas que já não usufruem de plenas capacidades de mobilidade só podem receber visitas no lugar onde passam a maior parte do tempo, isto é, no salão de convívio, onde não usufruem de qualquer intimidade. A impossibilidade de estas residentes manterem a distância convencional em relação a outros que não fazem parte da sua rede de interconhecimento contribui para o que Goffman (1961: 31) designa por "contaminação moral", ou seja, uma forma de humilhação ou de inferiorização provocada pelo facto de as relações íntimas serem largamente expostas aos olhares de estranhos.

Às idosas autónomas resta a possibilidade de receber visitas nos seus quartos, embora esta prática não receba franca aceitação por parte da equipa dirigente, desde logo porque dois terços dos quartos são partilhados por várias idosas (de dois a três). A presença de familiares ou amigos de uma das idosas

num quarto partilhado com outras é entendida pela referida equipa como fonte de tensões e conflitos de que convém preservar o pessoal, mesmo que tal norma possa acentuar a impossibilidade de a idosa e seus familiares ou amigos preservarem momentos de convivência significativa.

Incentivar as famílias a vir buscar as idosas para que estas possam voltar a lugares carregados de significados durante a sua vida não é uma prática minimamente encorajada. Em tais condições, as interações com os familiares estão longe de contribuir para uma efectiva manutenção das solidariedades familiares e, com estas, dos laços com o mundo exterior. As visitas dos familiares contribuem antes para a segmentação das relações familiares, no sentido referido por I. Mallon (2007), já que a instituição não oferece condições para que mais de dois ou três familiares efectuem a visita em conjunto. Não existem lugares e oportunidades para que as crianças e os adolescentes aprendam a gostar do encontro com as idosas e a não encarar a visita como uma mera obrigação, um rito constrangido⁹. Os tempos partilhados são mais curtos, mais descontínuos, drasticamente limitados em possibilidades de cultivar, em conjunto, actividades ou interesses. As interações orientam-se para a discussão e a repetição de frases mais ritualizadas do que sentidas, para não falar da instalação do silêncio para evitar de expressar divergências ou ressentimentos. Enquanto visitar as idosas na sua casa permitia partilhar actividades ou cultivar o simples prazer de vivenciar um espaço carregado de significados, a visita no lar não chega, muitas vezes, a proporcionar um verdadeiro encontro, um momento de intimidade. Ora, tal como mostrou Goffman (1961: 31), limitar a comunicação com o exterior, nomeadamente com os familiares e amigos, é uma das vias através das quais o “eu” é negado ou mortificado.

No lar a partir do qual desenvolvemos esta reflexão, o próprio contacto telefónico com o exterior é limitado, pelo menos para todas as idosas que não possuem um telemóvel pessoal. Apenas existe um telefone portátil e a possibilidade de uma residente o utilizar para fazer ou receber chamadas depende da disponibilidade da encarregada geral, já que o aparelho está de

⁹ Entre outros autores, Zimmerman (2005) observa que a perda do contacto com crianças, jovens e pessoas do sexo oposto contribui para que a vida institucional crie um notável empobrecimento da vida relacional.

baixo do seu controlo. Ora, a verdade é que esta disponibilidade é sempre limitada, desde logo porque, além da função de enquadramento intermédio, esta funcionária desempenha ainda a de cozinheira. Em consequência, o telefone acaba por ser um instrumento praticamente ineficaz para as idosas manterem contactos com o mundo exterior.

Para completar a análise do grau de relação que as residentes neste lar podem manter com o mundo social envolvente, importa realçar alguns traços da implantação do edifício no espaço urbanizado. Situado numa área suburbana do Grande Porto, foi construído a cerca de 500m de um eixo de grande circulação, numa área ainda pouco construída. Para terem acesso a uma mercearia, farmácia, consultório médico, dentista, correio ou agência bancária ou, ainda, aceder a serviços de transportes públicos, os idosos têm que percorrer no mínimo 600m, numa rua estreita e sem passeios em quase todo o seu comprimento. Adjacente ao terreno amplo da instituição, encontram-se áreas de mato e somente numa frente estabelece-se a ligação com a rua de acesso, pouco movimentada e com algumas moradias e prédios. Tal significa que até o próprio contacto visual com o mundo exterior é limitado.

Como é de esperar, o confinamento de toda a vida do indivíduo num espaço restrito e fortemente separado do mundo exterior é ainda bem mais acentuado para as internadas que se tornaram dependentes de outros para realizar as actividades elementares da vida quotidiana. Enquanto uma idosa autónoma pode ampliar um pouco o seu espaço de vida, usufruindo do amplo jardim que envolve o edifício e circulando nos passeios e zonas alcatroadas que permitem atravessá-lo, às idosas dependentes não são proporcionadas mais do que pequenas deslocações e estadias para as varandas do edifício¹⁰. Todavia, tais "saídas" não ocorrem com a regularidade e a duração que as idosas podem desejar, já que a tarefa de as transportar para o exterior não é reconhecida pela hierarquia como inerente às funções do pessoal auxiliar. Assim como não é realmente reconhecida a necessidade de as idosas diversificarem o mais possível os espaços em que a sua vida se

¹⁰ Embora existam rampas, teoricamente destinadas a facilitar as deslocações das idosas em cadeiras de rodas, na prática o facto de o edifício ter sido adaptado explica que, na maioria dos casos, as rampas apresentam uma inclinação que inviabiliza a mobilidade destas idosas.

desenrola. A esta necessidade sobrepõe-se a lógica do funcionamento institucional que tende a acentuar o confinamento do quotidiano das idosas dependentes no espaço do quarto¹¹ e do salão¹².

De acordo com Goffman (1961: 14), a barreira que a instituição coloca entre residente e mundo envolvente marca o primeiro corte com tudo o que constituiu o seu trajecto socio-biográfico anterior e com tudo o que contribuía para a definição do seu lugar no mundo. Enquanto, na vida anterior ao internamento, o papel activo na organização do dia-a-dia assegura a perpetuação de papéis sociais reconhecidos (como os de pai, mãe; avô, avó, tio, tia, amigo, vizinho) e, através deles, a manutenção das ligações com os outros e a perpetuação de papéis anteriores, com a entrada no lar, a drástica separação em relação aos lugares onde a vida decorreu pode provocar uma ruptura nas relações e, além disto, induzir a desmaterialização dos únicos papéis que, após a perda da actividade profissional, permitem que quem envelhece conserve ou reorganize a sua identidade.

O quotidiano das idosas acaba assim por ser submetido a um funcionamento institucional que acentua o seu fechamento num espaço de vida restrito, ignora as suas necessidades relacionais e limita drasticamente as oportunidades de cultivar a curiosidade pelas coisas da vida (que continua lá fora). Tais condições tornam praticamente impossível que se mantenham activas no processo de adaptação às manifestações do envelhecimento. A separação em relação ao mundo exterior, imposta pela instituição, não lhes permite decidir quais as actividades que podem abandonar sem correr o risco de comprometer o sentimento de si próprio, quais as actividades que é indispensável manter ou desenvolver para que a sua vida conserve um sentido. A separação em relação ao mundo exterior torna as idosas dependentes da instituição e praticamente destituídas de poder sobre a sua própria vida.

¹¹ Por regra, os idosos dependentes são reconduzidos nos seus quartos e deitados por volta da hora do lanche.

¹² A título de exemplo, a necessidade de proceder à mudança de fraldas justifica um retorno definitivo ao salão a fim de não correr o risco de sobrecarregar o pessoal com o transporte dos idosos dependentes.

Como refere Vincent Caradec (2007), o facto do desprendimento das actividades e das relações sociais ser imposto ao idoso só pode acelerar o desenvolvimento de um sentimento de estranheza face ao mundo. Ser privado da possibilidade de manter actividades que conferiam o sentimento de permanecer ligado ao mundo acaba por potenciar a ancoragem da identidade no passado e por fortalecer a convicção que, doravante, o indivíduo passou a fazer parte daqueles que são velhos e votados à desimplicação.

Isabelle Mallon (2007) também salienta quanto a vida no lar impõe aos idosos o abandono de um certo número de papéis, sem reais oportunidades de os substituir por outros suficientemente gratificantes, consistentes e estruturadores da vida quotidiana. Os papéis que o idoso ainda desempenhava antes da entrada no lar passam a ser substituídos pelo papel de “residente”. E este tende a definir-se pelo “enclausuramento” num lugar que induz uma espécie de indeterminação de papel e incentiva a retirada da vida e do mundo. A relegação dos indivíduos numa condição antes de mais definida pela falta de expectativas a seu respeito, na condição de receptor submisso de cuidados é ainda fortemente reforçada por outra característica da instituição total, bem patente no lar em observação, que é a regulamentação minuciosa de todos os actos do quotidiano sobre os quais, na vida adulta, o indivíduo exerce um apreciável controlo.

3. Um quotidiano estritamente regulamentado, incompatível com a expressão da autonomia das residentes

3.1 A regulamentação dos ritmos do quotidiano

No lar que nos propomos analisar o despertar ocorre, normalmente, às sete da manhã, para todas as idosas. Com efeito, é nesta hora que as ajudantes de acção directa iniciam a sua jornada de trabalho e, com a movimentação que daí advém, continuar a dormir torna-se praticamente impossível. É, alias, nesta mesma hora que as referidas funcionárias iniciam “o levante e a higiene íntima” das idosas mais dependentes e, como, por regra, idosas dependentes e independentes coexistem nos mesmos quartos, umas como outras ficam acordadas. Nota-se que, a par destas tarefas, a funcionária que realiza a limpeza das instalações também começa a sua jornada de trabalho, participando, pois, neste “alvorço matinal”.

As idosas não têm, pois, qualquer autonomia de decisão no que respeita ao momento em que se levantam, realizam a sua higiene e se vestem. Todos estes actos são submetidos às decisões dos profissionais, na medida em que o uso das casas de banho, partilhadas pelas ocupantes de um dado quarto, depende da programação dos banhos organizada pelo pessoal e imposta a todas as idosas, dependentes ou não. A regra de base para a elaboração deste programa é que cada utente tome banho duas vezes por semana. Os dias escolhidos são definidos pela Assistente Social, em coordenação com as ajudantes de acção directa, de acordo com a carga de serviço determinada para cada dia da semana, designadamente a mudança da roupa de cama, organizada, pela encarregada geral, para ocorrer uma vez por semana. O trabalho relacionado com os banhos é distribuído em função de dois períodos – o da manhã e o da tarde – cada um com cerca de cinco banhos agendados. Se é certo que existe preocupação em conversar com a idosa, no acto de admissão, para saber em que momento sentir-se-á mais confortável para tomar banho, não é menos verdade que, na realidade, os imperativos do escalonamento de serviço prevalecem e tornam impossível atender às preferências expressas. As idosas mais dependentes são as que menos vêem as suas sugestões respeitadas. Este é, de resto, um padrão geral de organização do seu quotidiano, na medida em que intervenções ditadas,

por exemplo, pela preocupação em evitar a formação de úlceras de pressão, acabam por dominar todos os ritmos e actos do seu dia-a-dia: na ausência de sofás adaptados e/ou de pessoal em número suficiente, é esta exigência de movimentação regular que dita o período em que a idosa permanece na cama depois de ter tomado o pequeno-almoço, o momento em que é transportada para a sala de estar, a duração da estadia neste lugar e, finalmente, a hora de regresso ao quarto e a hora de se deitar¹³.

Os períodos destinados aos cuidados pessoais são interpolados pelos quatro momentos destinados às refeições – pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. O regulamento interno deixa claro que estas quatro refeições só devem ser tomadas no refeitório e somente podem ser tomadas nos quartos por motivos determinados pela equipe dirigente, os quais se restringem ao facto de ficar acamado por doença.

Todas as refeições têm um horário fixo de início: 8:30 horas, para o pequeno-almoço; 12:00 horas, para o almoço; 16:00 horas, para o lanche, e por fim, 19:00 horas, para o jantar. A porta do refeitório costuma ficar fechada e só é aberta nas horas estipuladas para o início das refeições. A ausência total de flexibilidade no que respeita aos horários faz com que a necessidade de os cumprir condicione o modo de ocupar o tempo nos intervalos das refeições. A preocupação de estar à hora, contando com alguma lentidão nas deslocações, obriga a que as internadas dêem prioridade a este constrangimento e a sua força desencoraja insidiosamente o seu investimento noutras actividades.

De facto, a instituição mobiliza-se para fazer cumprir a regra, sobretudo por aquelas que são mais autónomas e a justificação prende-se, como era de esperar, não com o bem-estar das residentes mas com a preocupação de simplificar a organização do trabalho na cozinha. O modo de sancionar os atrasos deixa-o bem claro: a refeição é servida sem qualquer cuidado de a aquecer e a utente retardatária corre o risco de ser publicamente chamada à

¹³ Em *Living and Dying at Murray Manor*, J.F. Gubrium (1997: 127) observa que os cuidados prestados aos residentes mais dependentes são perspectivados pelo pessoal da instituição como se fossem equivalentes a tratar de “grandes bebés”, na medida em que estes residentes necessitam de ser reposicionados periodicamente, necessitam que lhes seja efectuada a higiene e precisam de ser vestidos, ajudados na alimentação quando não alimentados.

atenção de modo claramente inferiorizante pela cozinheira/encarregada geral: *“deve pensar que tenho a sua vida, que passo o dia a tocar viola...se amanhã não vem a horas, fica sem pequeno-almoço”*.

Fora das quatro principais refeições e apesar de existir um longo período de tempo sem alimentação (das 19h45 às 8h30), apenas às idosas que se podem deslocar até à cozinha é dispensada água fervida para fazer chá ou cevada, em recipientes térmicos deixados no fim da tarde na copa. As idosas que pretendem utilizar a água fervida para fazer chá devem providenciar, por si próprias ou através dos seus familiares, o principal ingrediente. A instituição não proíbe explicitamente a tomada de alguns alimentos nos quartos mas a limitação imposta à autonomia de decisão das residentes nesta matéria está bem patente no facto de o Regulamento Interno não permitir a guarda de alimentos nos quartos. Além disto, para o fazer, cada uma deve utilizar os seus próprios utensílios e cuidar de os lavar, de modo a não “sobrecarregar” o serviço da cozinha. Como era expectável, a regra que proíbe a conservação de alimentos nos quartos é frequentemente quebrada, com a cumplicidade das ajudantes de acção directa. Trata-se de um bom exemplo do que Goffman (1961) designa como adaptação secundária integradora, já que as ajudantes de acção directa faltam ao papel de fiscalização que lhes é conferido pela instituição porque a busca desta satisfação autorizada por uma via oficialmente proibida diminui as tensões que a regulamentação minuciosa das necessidades humanas suscita, quer entre as residentes, quer entre residentes e membros do pessoal.

Outra prova de que a instituição, na realidade, desencoraja o controlo das internadas sobre os momentos em que podem comer prende-se com a tendência quase sistemática para imputar a responsabilidade de qualquer problema digestivo aos alimentos adquiridos pelas idosas ou oferecidos pelos familiares. Em tal caso, é reafirmada a proibição de alimentos no quarto, formula-se e, às vezes, executa-se, a ameaça de retirar toda a alimentação que as idosas possam lá ter, sem a sua prévia anuência.

A exclusão das idosas em relação ao controlo sobre os actos elementares do quotidiano observa-se também no domínio das ementas confeccionadas. No almoço, apenas é possível contar com a existência de duas ementas: uma designada de «geral» e outra de «dieta». A distribuição das residentes por estes

dois tipos de ementa cabe à cozinha/encarregada geral, na maioria dos casos sem orientação dos técnicos de saúde. Na realidade, esta diferenciação não recobre mais do que a distinção entre ementas que incluem alimentos sólidos e ementas com alimentos pastosos ou de fácil deglutição. Contrariamente ao que a terminologia utilizada sugere, não faz parte das rotinas institucionais oferecer alimentação específica para as diabéticas ou as idosas com elevado risco de acidentes vascular cerebral (AVC).

Este sector da organização é exclusivamente gerido pela cozinha/encarregada geral, o que significa que a margem de intervenção e controlo que as residentes exercem neste domínio é nula. Não existe qualquer tentativa de recolher, de forma organizada e sistemática, a expressão dos desejos e gostos das idosas, a fim que estas participem na elaboração das ementas. Acresce que, na prática quotidiana, as residentes nem sequer são previamente informadas acerca da composição dos menus. Para não se afastar muito das regras preconizadas pela instância de tutela, a instituição afixa alguns menus semanais, embora a sua actualização não ocorra com regularidade, mas apenas quando é anunciada alguma visita de fiscalização.

E a aparente atenção que a cozinha/encarregada geral dá, muito esporádica e aleatoriamente, a uma ou outra idosa que expressa o desejo de substituir a ementa geral pela dieta, ou vice-versa, não passa, na realidade, de um acto de exercício latente do poder sobre as residentes. Com efeito, a decisão da responsável em causa não se apoia em qualquer critério objectivo, dependendo de factores que as idosas não têm qualquer possibilidade de discernir e prever.

Resta, ainda, acrescentar que ao almoço, é admitido que as idosas possam repetir o prato principal, se o desejarem, mas, no jantar, a margem de controlo que estas podem exercer sobre a sua alimentação é ainda bem mais reduzida, desde logo porque esta última refeição é composta somente por sopa e fruta.

Dito de outro modo, o assunto que acabamos de analisar permite afirmar que o funcionamento institucional não integra os conhecimentos hoje largamente

divulgados acerca das condições propícias ao envelhecimento “bem-sucedido”¹⁴ (Rowe, J.R. and Kahn, R.L., 1998, Fontaine, 1999 Paúl, 2005). A impossibilidade de exercer o controlo sobre a própria vida desincentiva a actividade cognitiva. Além disso, a ausência de organização dos idosos em grupos implicados na gestão da vida quotidiana não somente os priva de oportunidades de relacionamento social, como reforça a tendência para que, progressivamente, os actos do quotidiano percam qualquer significado social, reduzindo-se a meros gestos de manutenção da vida biológica. É assim que se vão produzindo, dia após dia, as atitudes de profundo alheamento da vida que tão frequentemente se podem observar nos lares de idosos.

Acrescenta-se que o facto de o funcionamento institucional em análise remeter as idosas para a condição de indivíduos dependentes de profissionais não somente limita a sua actividade física como acentua a desvalorização simbólica, já bem instalada nas representações colectivas. As residentes deixam assim de ser reconhecidas como titulares de direitos e a privação repetida de autonomia de decisão ameaça seriamente a salvaguarda da dignidade humana. São diariamente tratadas como objectos, já que a satisfação das suas necessidades é submetida à lógica do funcionamento burocrático da instituição, a qual não integra nem a complexidade e diversidade presente dos seres humanos que acolhe, nem muito menos os hábitos, gostos e aspirações forjados ao longo da vida.

Ainda que se possa reconhecer, com Barenys (1993: 163), que todo o estabelecimento que alberga uma colectividade de indivíduos necessita de uma regulamentação, por mínima que seja, tal não nos dispensa de continuar a avaliar o impacto que as regras concretas de uma dada instituição podem ter não somente no declínio intelectual e relacional dos idosos mas, também, no seu próprio declínio psico-motor. Na verdade, a regulamentação pode

¹⁴ De acordo com a perspectiva avançada por Rowe, J.R.; Kahn, R.L. (1998), *Successful aging*, Fontaine (1999) sistematiza a noção de envelhecimento bem-sucedido, em torno de 3 componentes centrais, sendo que as duas últimas são largamente dependentes do contexto em que o envelhecimento ocorre: 1. Reduzida probabilidade de doença e incapacidade a ela associada. Inclui a ausência de doença mas também a ausência ou a presença de reduzidos factores de risco para ter doença; 2. Elevada actividade cognitiva e capacidade funcional. Inclui o que a pessoa é capaz de fazer (o que se avalia - potencial) e o que *realmente* faz (actividade real) 3. Envolvimento activo com a vida. Inclui a presença de relações interpessoais e o desenvolvimento de actividades produtivas (isto é, com valor social).

favorecer ou, pelo contrário, inviabilizar a manutenção das actividades sociais e das funções psíquicas, em suma da própria dinâmica pessoal dos indivíduos.

3.2 “Actividades de animação sociocultural” submetidas à lógica burocrática

Passando agora à análise das regras relativas às actividades de animação sociocultural, proporcionadas pela instituição, importa começar por realçar que é preocupação nuclear dos dirigentes que estas não colidam com os funcionamentos rotineiros que acabamos de referir. Os profissionais que coordenam e monitorizam estas actividades são continuamente alertados acerca da necessidade de não atropelar estas rotinas, consideradas pela equipa dirigente como factores inquestionáveis de estruturação do quotidiano organizacional. A programação das actividades está totalmente submetida aos horários em que os serviços de higiene, de refeição e de saúde são prestados, de modo que apenas podem ocorrer no período da tarde, desde que sejam respeitadas as horas do lanche (16h) e do jantar (19h). A manhã é mantida “livre” de qualquer tipo de actividade porque o mais importante, na perspectiva desta instituição concreta, é evitar que a deambulação pelo lar das residentes complexifique as tarefas de limpeza dos corredores e outros espaços comuns. As actividades de animação, intencionalmente destinadas a impedir que o envelhecimento signifique diminuição de todas as funções físicas e psicossociais, não podem pôr em causa a organização das rotinas de manutenção da vida biológica (designadamente, as que se prendem com a alimentação e a higiene pessoal). A título de exemplo, quando, para um grupo de idosas, o banho está programado no período da tarde, é esta tarefa que prevalece, qualquer que seja a actividade sociocultural implementada.

Em consequência, esta regulamentação condena as residentes a um “emprego senil do tempo”¹⁵, no sentido em que a vida no lar provoca uma

¹⁵ Expressão utilizada por L. Sève, in “O que é «envelhecer bem»? Para uma terceira idade activa”, *Le Monde Diplomatique*, Ed. Portuguesa, Janeiro de 2010. O autor contesta a tendência, muito presente nos modos institucionalizados de pensar o envelhecimento, para considerar que o mental envelhece necessariamente ao mesmo ritmo e com a mesma intensidade que o físico, como se à curva biológica da vida – crescimento, estagnação, declínio – correspondesse uma curva psicológica que condena os seres humanos a envelhecer diminuídos e portanto reformados das actividades sociais.

paralisa quase total da actividade social e reduz a existência quotidiana à realização dos actos de manutenção da vida biológica que reiteram a integração dos indivíduos na categoria de dependentes.

As actividades promovidas pela instituição, destinadas a evitar quer o imobilismo prejudicial à saúde, quer o “estreitamento progressivo dos horizontes e interesses”¹⁶, decorrem no único espaço comum existente na instituição que é designado, embora impropriamente¹⁷, como “salão de convívio”. O mesmo é dizer que não existe no lar espaços realmente adaptados à realização de actividades que permitam continuar práticas que foram significativas ao longo da vida ou suscitar a descoberta de novos gostos e interesses. A oferta interna é assim fortemente condicionada pela escassez de recursos materiais disponibilizados pela direcção da instituição, a saber duas mesas quadradas, com cadeiras ao redor, podendo acolher no máximo oito pessoas cada uma.

Num quadro de tão forte constrangimento material, as actividades organizadas pela instituição não são nem suficientemente diversificadas para que as idosas possam descobrir gostos e interesses, nem entendidas como oportunidades de as residentes continuarem a desempenhar um papel activo na organização da sua própria vida. É, alias, a direcção que regulamenta o domínio de intervenção dos profissionais de serviço social e de animação sociocultural, retirando-lhes as margens de iniciativa e criatividade que deveriam caber a quem compete investir saberes teóricos na acção. Assim, por exemplo, propostas no sentido da criação de um atelier de culinária ou do cultivo de um pequeno jardim num dos cantos do imenso espaço verde que envolve a Instituição foram sistematicamente recusadas, apesar dos esforços implementados para demonstrar a sua adequação às manifestações de interesse de um número apreciável de residentes.

¹⁶ Conforme recomendam os documentos de orientação emitidos pelo Instituto da Segurança Social, I.P., *Manual de Boas Práticas. Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*, ISS, Lisboa, 2005, p. 64.

¹⁷ Com efeito, a própria disposição do mobiliário em nada traduz esta dimensão de “convívio”. Neste salão rectangular, os cadeirões são alinhados ao longo das paredes, deixando o vasto espaço central vazio, de tal modo que as oportunidades objectivas de relacionamentos e trocas entre as idosas não vão além das duas idosas que se encontram de um lado e do outro de cada residente.

Em consequência, a oferta de actividades de animação sociocultural cinge-se às aulas de ginástica (já que a contratação de um professor é financiada pela Câmara Municipal), praticada no salão de convívio, a alguns trabalhos manuais, tais como recortes de revistas, pintura de pequenos objectos em vidro ou em madeira, decoração de objectos pela técnica da "découpage", etc... e aos chamados "jogos sociais" (damas, dominós, cartas...).

Apesar de envolverem a utilização de bolas, arcos, cordas, bastões, que aparentemente podem contribuir para as tornar mais dinâmicas e atractivas, as aulas de ginástica ocorrem sem que se invista num trabalho de motivação das residentes para uma actividade que nunca fez parte das suas práticas. Note-se, ainda, que não existe a preocupação de personalizar os exercícios em função dos problemas de saúde que os indivíduos vivenciam, o que seria uma outra via não somente de suscitar o seu interesse como de lhes demonstrar que a sua individualidade é reconhecida. Se é certo que existe uma vasta literatura que difunde os benefícios da prática da actividade física, não é menos verdade que esta é apropriada apenas pelo profissional que desenvolve aquela actividade, não se verificando uma prática de comunicação com as idosas no sentido de romper com o mito, tão fortemente veiculado no seio deste grupo, de que para praticar actividade física deve-se usufruir de plena saúde física e cognitiva. Em vez de promover a elucidação das residentes, a equipe dirigente limita-se a exercer o seu poder sobre elas, obrigando todas as residentes dependentes a permanecerem no "salão de convívio" na altura das aulas e pressionando, de modo mais ou menos subtil, todas as residentes independentes para que participem nas aulas. Para além de serem regularmente interpeladas por questões como *"então, não é melhor ir às aulas em vez de não fazer nada?"* ou *"porque é que não vai para a aula?"*, as residentes autónomas que não manifestam interesse pela prática do exercício físico correm o risco de serem publicamente denunciadas e rotuladas como inactivas e ingratas, por não manifestarem apreço pela presença do professor que se desloca à Instituição duas vezes por semana. Consegue-se, assim, que cerca de 15 idosas executem duas vezes por semana os exercícios propostos.

Também o desenrolar dos trabalhos manuais revela bem quanto a lógica de total subordinação das residentes (e dos próprios profissionais) ao poder da

direcção perpassa toda a organização. As cinco a oito idosas que costumam participar neste tipo de actividade são totalmente privadas da possibilidade de decidir acerca do destino a dar ao que produzem, bem como dos materiais a utilizar. Apesar de repetidas propostas no sentido de promover, dentro da instituição, a exposição e a venda ao público dos objectos realizados, a equipa dirigente mantém uma oposição inflexível, alegando que tal poderia ser mal interpretado pelos familiares e amigos das idosas. Na realidade, é a hipótese de as idosas poderem angariar fundos que aumentariam a sua autonomia de decisão que é claramente recusada pela direcção. Os trabalhos manuais desenvolvidos devem apenas ser expostos nas prateleiras existentes no salão, ficando totalmente proibida a utilização das paredes que, sobre ordem do director, devem permanecer na sua brancura original.

Por via do orçamento extremamente apertado que a direcção atribui a estas actividades, tanto as idosas como a animadora acabam por não terem grandes margens de iniciativa. Torna-se claro que, na perspectiva da direcção, o trabalho de animação sociocultural obedece apenas à necessidade de entreter ou ocupar as pessoas, mas não visa de modo nenhum preservar o sentimento da sua utilidade, estimular a manutenção e o desenvolvimento das suas capacidades, nem tão pouco garantir oportunidades concretas de cultivar a sua autonomia de decisão.

Quanto à realização de jogos sociais, como as cartas, o bingo e o dominó, por orientação expressa da equipe dirigente, só pode acontecer na presença da animadora. Para justificar esta restrição, a direcção remete-a para uma suposta incapacidade das residentes em se organizarem autonomamente e para o risco de o material, fornecido pela instituição para este efeito, poder ser danificado, na ausência do controlo da técnica. Por isso, os jogos são fechados a sete chaves num armário que, por conter os restantes materiais destinados às actividades manuais, não pode de modo nenhum se tornar acessível às residentes.

Nos momentos de realização destas diversas actividades é nítida a hierarquização das idosas em função do seu estado de saúde: aquelas que

são independentes¹⁸, ou cuja fragilidade é relativamente limitada, ocupam os lugares em volta das mesas, usufruindo, deste modo, da possibilidade concreta de participar na actividade em curso. As dependentes são remetidas para cadeirões e cadeiras dispostos ao redor das paredes, distanciados do "terreno" das actividades, sem possibilidade de acção, o que é mais uma maneira de confirmar que representam a degradação da condição humana, que são condenadas a uma irremediável desvinculação de todas as actividades com significado social. Não se lhes proporciona mais nada do que a assistência passiva às actividades que outros desenvolvem e às movimentações dos residentes e membros do pessoal. Com a agravante de a direcção desincentivar a preocupação que a animadora manifesta em interagir com as idosas dependentes através de pequenos diálogos que lhes possam fazer sentir que, apesar da inactividade, não deixam totalmente de existir como pessoas. O presidente da direcção e a encarregada geral não se cansam de denigrir publicamente estas marcas de atenção com expressões depreciativas, tais como *"não percebo porquê tanta conversa, em vez de pôr as outras velhotas a fazer actividades"*... Proporcionar às idosas dependentes oportunidades de interagir, nos lugares comuns do lar, ou no seu próprio quarto, com profissionais ou voluntários que lhes lessem o jornal ou um romance, lhes facultem a audição de peças musicais ou realizassem exercícios de estimulação da mobilidade é sistematicamente vetado pela equipa dirigente. Com os argumentos "tradicionais" da falta de recursos ou da incompatibilidade entre tais propostas e a indispensável manutenção das rotinas de higiene pessoal e de limpeza do lar.

Por sua vez, as actividades que deveriam contribuir para que as residentes possam conservar o sentimento da familiaridade¹⁹ com o mundo exterior não

¹⁸ Lalive d'Épinay (2003) propõe uma tipologia de 3 estados de saúde: a dependência que é definida como incapacidade de o indivíduo cumprir por si próprio uma ou várias das actividades da vida diária de tal forma que sem intervenção de alguém em particular a sobrevivência do indivíduo fica em causa; a fragilidade é definida como a diminuição de reservas fisiológicas, sensoriais e motoras, afectando a capacidade de o indivíduo preservar uma relação equilibrada com o meio envolvente e de conseguir re-equilibrar essa relação quando ocorrem perturbações (nos domínios sensorial, neuro-locomotor, do metabolismo energético, cognitivo e das morbididades); por fim a independência refere-se, na concepção do autor, aos indivíduos não frágeis e sem incapacidade nas AVD's de base.

¹⁹ V. Caradec (2007) defende que quanto maior a relevância que assume para um idoso a actividade à qual se dedica, e o reconhecimento que pode advir dela, mais facilmente este preservará o seu valor presente e consequentemente manterá a identificação com o mundo que o rodeia, tão fundamental

são mais do que toleradas pela direcção da instituição. Ocorrem somente três vezes num ano e somente porque resultam da celebração de um protocolo com a Câmara Municipal que disponibiliza recursos materiais necessários. Em consequência, o seu conteúdo fica à partida determinado, já que tal protocolo ritualiza, sem qualquer atenção aos gostos, expectativas, aspirações ou interesses das destinatárias, a deslocação, todos os anos, aos mesmos três lugares: uma discoteca, um parque natural, um pavilhão desportivo para a realização de actividades ditas "lúdicas". Importa deixar claro que a resistência que a equipe dirigente costuma opor à participação das idosas nestas actividades não se prende minimamente com o seu carácter altamente estereotipado e com o total desprezo pelo desenvolvimento das necessidades relacionais e culturais das idosas que elas acabam por traduzir. Prende-se, apenas e tão só, com o facto de estas saídas do lar interferirem com o decurso estabelecido das rotinas institucionais no campo da higiene e da alimentação.

É ainda o carácter quase "sagrado" destas rotinas que conduz a equipa dirigente a determinar que nenhum ajudante de acção directa pode acompanhar as residentes nestas escassas "oportunidades" de saída do lar, o que acaba por excluir delas as idosas fragilizadas ou dependentes. Por decisão superior, a vida destas últimas acaba por ficar confinada dentro das paredes do lar, às vezes durante anos a fio ... a menos que uma situação de urgência obrigue a uma deslocação para o hospital.

Num tal contexto de dominação e inferiorização das idosas, compreende-se que a hipótese de organizar um comité de residentes empenhadas em elaborar e discutir programas de actividades não é prática concebível pela direcção desta instituição. Quando tal foi proposto, esta recorreu ao argumento de que o elevado nível de dependência das idosas torna inviável este modo de participação. Se porventura a animadora faz um esforço para tentar criar oportunidades de expressão dos gostos e interesses das residentes, a falta de cultura de participação imposta pela organização do quotidiano na instituição acaba por fazer com que tal esforço não produza qualquer

para a sua estabilidade global. Quando o indivíduo tem que abandonar as actividades que lhe conferiam o sentimento de permanecer ligado ao mundo potencia-se o risco de instaurar uma crescente distância em relação ao mundo envolvente e de precipitar o isolamento.

resultado. A quase total ausência de reacção por parte das residentes sugere que estas interiorizaram o sentimento de que o controlo sobre a sua própria vida já lhes escapou por completo, que as suas opiniões já não são tidas em consideração. Acresce que, não lhes sendo oferecida a possibilidade de experimentar actividades, tais como descobrir partes do vasto património musical, literário ou cinematográfico, que não fizeram parte do seu quotidiano ao longo da vida, só podem, quando interrogadas acerca dos seus desejos e interesses, sugerir o que já conhecem ou o pouco que a instituição habitualmente lhes propõe. Ficam irremediavelmente limitadas ao que interiorizaram como possível para si, ao longo da vida e no quotidiano institucional.

Esta é todavia uma questão relevante para quem tem consciência de que a qualidade do contexto institucional condiciona directamente o processo de envelhecimento, ora no sentido do declínio da vitalidade física, cognitiva e relacional, ora no do aperfeiçoamento e da acumulação de conhecimentos e capacidades de relacionamento interpessoal. Responsáveis pela concepção de um dispositivo de avaliação da qualidade das instituições residenciais na velhice, R. Moss e S. Lemke (1994), por exemplo, salientam quanto uma real implicação dos residentes na organização das actividades é estimulante não somente a nível individual, preservando o auto-conceito positivo, a manutenção e o desenvolvimento das competências sociais, mas, também, ao nível colectivo. Com efeito, demonstraram que a existência de grupos de residentes implicados na organização do quotidiano institucional favorece a coesão social e fomenta um clima social harmonioso, contribuindo, além disto, para a preservação da vitalidade dos que se encontram já mais fragilizados.

3.3 O uso regulamentado dos espaços

A divisão dos espaços de uma instituição total, os graus de vigilância por parte do pessoal a que estes são submetidos ou, pelo contrário, a autonomia que proporcionam aos internados são, na concepção de Goffman (1961), indicadores preciosos acerca da alienação social que este tipo de instituição é susceptível de provocar.

Na sua abordagem, Goffman identifica três tipos de espaço que permitem captar o jogo de interações resultantes de lógicas de funcionamento que privam os residentes do controlo sobre a sua própria vida e acabam por legitimar o poder que a equipa dirigente exerce directamente ou por via das orientações dadas aos restantes profissionais.

Um primeiro tipo de espaço é por Goffman (1961: 227) designado de zonas “proibidas”, na medida em que se constituem zonas em que é interdita a presença dos residentes, à excepção dos momentos em que estão acompanhados por um profissional da instituição. No lar que estamos a analisar, como alias em muitos outros, um exemplo de zona proibida é a cozinha. A proibição de acesso é bem explícita, desde logo porque existe um aviso colocado na porta a informar que é “Proibida a entrada a pessoal estranho ao serviço”. E o facto de se tratar de um lar reservado a mulheres idosas fortemente ligadas, por motivos culturais, a este tipo de espaço doméstico não abala minimamente esta proibição.

No entanto, tal como Goffman (1961: 228) também observou, acontece com uma certa regularidade que a proibição seja suspensa, para duas residentes, por ordem da cozinheira/encarregada geral a fim de recorrer a estas “privilegiadas”²⁰ para fazer face a necessidades de serviço. As únicas residentes que podem sem risco transpor a proibição só o fazem para cumprir as tarefas subalternas que lhes são atribuídas, tais como retirar a louça da máquina de lavar ou efectuar a primeira lavagem dos legumes colhidos na horta e ainda carregados de terra. Embora a cozinha tenha constituído ao longo de toda a vida um espaço familiar para praticamente todas as residentes, a sua utilização, por exemplo, para preparar um bolo ou uma refeição a partilhar com as outras residentes ou com familiares é totalmente inconcebível para a equipa dirigente.

²⁰ Os privilegiados são, na acepção de Goffman, aqueles que, por apresentarem comportamentos coniventes com a obediência a um conjunto de regras estabelecidas, acabam por ser aceites para o cumprimento de pequenas rotinas, o que lhes faculta o acesso a determinadas zonas institucionais tendencialmente interditas aos restantes residentes ou lhes proporciona pequenas benesses. Deste modo, o recluso pode eventualmente cultivar a ilusão de que ocupa um lugar distinto dos outros e suavizar um pouco o sentimento de perda do seu “eu”. Os indivíduos que se deixam seduzir por estes “privilégios” passam, então, a ter uma atitude de maior aceitação de todo o arsenal de regras que caracteriza este tipo de cultura organizacional, na medida em que, agarrando-se a estas pequenas vantagens para contrariar o sentimento de perda do “eu”, acabam por considerar as “regras da casa” como indiscutíveis.

No caso do lar em análise, os espaços proibidos existem também no exterior do edificado, como é o caso do armazém e da garagem da instituição. As idosas que entrem, eventualmente, nestes lugares sem serem “convidadas” a transportar alguns géneros alimentares ou outros produtos utilizados no lar são chamadas à atenção de forma autoritária e intimadas a sair. E a ordem tem que ser cumprida imediatamente. É lhes significado claramente que estes são lugares que lhes são vedados, a menos que um membro do pessoal precise explicitamente do seu contributo.

Já outros espaços institucionais podem ser integrados na categoria dos que Goffman (1961, 228) define como “zonas vigiadas”. Neste tipo de lugar, os residentes podem permanecer sem autorização particular, na medida em que o seu acesso não é vedado e que é neles que se desenrolam rotinas do dia-a-dia. Constituem, todavia, lugares fortemente regulamentados, não somente na base de regras que a equipa dirigente impõe às residentes mas, também, em virtude da presença de membros do pessoal, com poder para lhes lembrar o que podem, ou não, fazer. É designadamente o caso do salão de convívio e do refeitório.

O salão de convívio é o espaço onde as internadas acabam por permanecer mais tempo, embora a sua utilização não deixe de ser regulamentada. Com efeito, o período em que legitimamente o podem frequentar vai das 7:30 horas às 22:00 horas, sendo que, para além desta hora, o seu acesso é restringido pelo regulamento interno que determina o recolher obrigatório nos quartos até às 22:00 horas. Como, para a maioria das residentes²¹, este é o único lugar onde podem ver a televisão, tal regra significa que lhes é vedada a possibilidade de seguir, regular ou ocasionalmente, programas difundidos depois das 22 horas.

O refeitório é composto por duas salas, a primeira destinada às utentes e a segunda, separada por uma porta de correr, usada exclusivamente pelo pessoal da instituição. Marcando bem esta separação, o desfasamento nos horários das refeições de umas e de outros é outra regra que concorre para a falta de liberdade no uso do lugar. As refeições dos membros do pessoal ocorrem após as das utentes, de tal modo que a presença dos funcionários na

²¹ Já que apenas 4 dos 38 residentes têm televisão no quarto.

altura em que as residentes almoçam ou jantam assume apenas uma função de vigilância e controlo. Assim, apesar de os espaços de socialização serem escassos no lar, as utentes não são, de maneira nenhuma, incentivadas a utilizar o refeitório, exceptuando nos horários das refeições. Alias, quando alguma idosa se atreve a entrar no refeitório um pouco antes da hora é imediatamente repreendida. Refira-se, ainda, que não basta respeitar o horário para garantir a entrada no refeitório. Com efeito, as residentes devem cumprir regras relativas ao modo de se apresentar. Não é permitida a utilização de robes ou chinelos, mesmo na altura do pequeno-almoço e, no caso de uma utente não cumprir a regra, é-lhe publicamente lembrado que o director da instituição não autoriza tal comportamento.

Note-se que as observações de Goffman a respeito do controlo que se expressa através do uso dos espaços coincidem com as reflexões desenvolvidas por Fischer a respeito da psicologia social do ambiente (1994: 140/141). Com efeito, este autor fundamenta a ideia de que todo o espaço institucional é um espaço sob controlo, que obedece a um conjunto de regras de vigilância e que tem que ser analisado como a expressão de uma estrutura de poder, como um espaço de moldagem das condutas de quem o ocupa.

As reflexões destes dois autores são, ainda, largamente compatíveis no que toca à existência de outro tipo de espaço, em que os utilizadores de uma instituição, longe de ficarem totalmente passivos e desarmados face à onnipresença das regras, investem a fim de salvaguardar uma vida significativa e preservar a integridade e dignidade do seu “eu”. São os espaços que Goffman designa como “espaços livres de controlo” (1990: 189). Fischer (1994: 147), por sua vez, intitula estes espaços de “intersticiais” e define-os como espaços fluidos, deixados à deriva pela organização funcional, que, pelos seus contornos mal definidos, deixam a quem os ocupa a possibilidade de definir a sua utilização ou função, permitindo que sejam objectos de investimentos imprevistos pela organização.

Trata-se de zonas onde os indivíduos conseguem escapar ao controlo da autoridade, que permitem uma certa libertação das regras e escolha pessoal, onde a pessoa pode porventura ser “ela mesma”, desde logo porque são aqueles em que a autoridade do pessoal se faz menos sentir.

Estes espaços são identificáveis na instituição em análise. A título de exemplo bem representativo, assinala-se a existência de uma varanda extensa, no 1º piso, à qual é possível aceder por via de portas de saída de emergência que as utentes têm que manter abertas a fim de poder reentrar no edifício sem que ninguém note. Três ou quatro residentes utilizam regularmente esta varanda, relativamente protegida dos olhares, para poder falar ao telemóvel sem correr o risco das suas conversas serem captadas por outros ou, então, para simplesmente desfrutar o prazer de estar num local de "liberdade" onde impera o silêncio.

No entanto, segundo Goffman (1961: 239-248), a par dos espaços livres de controlo que não implicam, por parte de alguns residentes, a tentativa de estabelecer qualquer direito de exclusividade, nem de afirmar um sentimento de propriedade, faz sentido distinguir outros tipos de territórios. Os que denomina territórios reservados, partilhados apenas com alguns "eleitos" ou "privilegiados" e os que os indivíduos reivindicam para si próprios, individualmente, identificados como "refúgios".

Os primeiros traduzem o movimento de um grupo de residentes para se apropriar de um dado espaço que deveria ser acessível a todos, de maneira a limitar as oportunidades de utilização por parte do maior número.

No nosso caso concreto, é possível observar este processo de apropriação por um grupo restrito relativamente a uma pequena sala situada no final do corredor de acesso aos quartos e ainda a outra, nas traseiras do salão de convívio. A equipa dirigente não lhes define uma utilização específica, apenas dispôs numa dois sofás, de um lado e de outro de uma vitrina com figuras religiosas, e, na outra, as antigas cadeiras do refeitório, disponíveis para quem quisesse descansar um pouco. Na realidade, longe de serem acessíveis a todas as residentes, assiste-se à ocupação diária destes lugares sempre pelas mesmas residentes (2 no primeiro local, 3 no segundo).

A lógica de regulamentação destes espaços é, como vimos, mais reduzida, mas, além disto, a sua apropriação por um grupo restrito pode resultar de uma espécie de cooperação tácita entre membros do pessoal e residentes, acabando de certo modo por ser incentivada pelos primeiros. Este mecanismo está bem patente no caso de três idosas, com um estado de saúde fragilizado, que, diariamente, após a realização da higiene pessoal, são acompanhadas

pelas auxiliares de acção directa até às cadeiras dispostas, num corredor de passagem, por baixo das escadas de acesso às águas-furtadas da Instituição. Previsto, em princípio, para qualquer residente que queira ou precise de se sentar um pouco, este “cantinho” passou, na realidade, a ser apropriado pelas mesmas três idosas. E a colaboração activa das auxiliares faz com que todas as outras reconheçam às três idosas em questão uma espécie de “jurisdição” sobre o lugar.

Estes locais são por Fischer designados como “territórios de socialização” (1994, 147), precisamente porque potenciam a formação de pequenos grupos que, ao aproveitá-los para estreitar o seu relacionamento, se distinguem mais fortemente dos restantes.

Além dos lugares cujo acesso acaba por ser reservado a grupos específicos, Goffman dá ainda atenção àqueles que cada indivíduo tenta reivindicar para si só, onde procura ampliar um pouco as suas comodidades, reencontrar alguma independência e afirmar direitos tacitamente reconhecidos que não tem que partilhar com qualquer outro indivíduo, a menos que o queira e o manifeste explicitamente. São os “territórios pessoais” ou refúgios, onde o indivíduo se sente mais protegido e pode elevar o seu nível de satisfação, por conseguir escapar à sujeição a regras sobre as quais não exerce nenhuma influência.

Um tipo de território pessoal é o quarto individual que, na instituição em análise, apenas é usufruído por 4 residentes, sendo que os 14 quartos restantes são partilhados ora por duas (8 quartos), ora por três idosas (6 quartos). O acesso a um quarto individual depende do montante da “jóia” informal que uma futura residente tem a possibilidade de pagar ou, então, é um privilégio que pode ser concedido a quem exerceu, no passado, funções profissionais na instituição. É nestes quartos individuais que as residentes podem recriar um ambiente de maior familiaridade, trazendo os seus móveis pessoais, organizando a sua disposição, escolhendo os objectos decorativos.

Para aquelas que não têm o privilégio de aceder a um quarto individual onde possam sentir que alguns referentes identitários são salvaguardados, o território pessoal pode ser reduzido a ponto de não ser mais do que um saco, do qual a residente nunca se separa. É assim que se pode interpretar a conduta de uma

idosa, obrigada a partilhar o quarto com mais outras duas residentes e que, para contornar a invasão que esta coabitação significa para si, nunca se separa de um saquinho de pano onde acautela os seus objectos mais preciosos como o relógio, lenço da mão, terço, carteira com documentos e dinheiro.

Outro exemplo de território pessoal, no sentido dado por Goffman (1961: 243), ou seja, de espaço, por mais reduzido que seja, sobre o qual os residentes procuram exercer o seu controlo, está patente no facto de praticamente todas as idosas do lar se apoderarem de uma determinada cadeira ou cadeirão no salão de convívio. Algumas delas chegam mesmo a demarcar o seu assento, colocando nele algum objecto pessoal para que ninguém ouse aí sentar-se e se, por ventura, tal situação ocorrer, a intrusa é de imediato alertada e constrangida a restituir o lugar à sua "proprietária".

A existência destes "lugares cativos" é bem reveladora da ameaça que representa a imposição da proximidade espacial, percepcionada como uma intrusão na esfera privada, bem como de um quotidiano sujeito a uma regulamentação colectiva heterónoma.

Para as residentes que não têm acesso a um quarto individual, outros objectos podem servir de "refúgio", tais como a mesa-de-cabeceira ou o armário. A mesinha é o local onde se dispõem fotografias ou pequenos adereços, tais como imagens sagradas ou pequenos espelhos de mão. O armário serve de esconderijo para bens alimentares ou objectos valiosos, como relógios de pulso, carteiras com documentos, dentaduras, óculos. Tais objectos constituem parte integral do seu "eu", permitindo conservar a ligação com a definição subjectiva da realidade que a institucionalização veio abalar, senão inviabilizar. A necessidade de os acautelar nestes locais/"refúgios" traduz a resistência possível face à lógica de uniformização que preside à organização dos espaços, designadamente dos quartos colectivos, lógica esta que, abruptamente imposta nesta fase da vida, ameaça aniquilar a personalidade socio-biográfica anteriormente construída.

Na interpretação de Fischer (1994: 149), nestes espaços ou nestas tentativas de construir o que Goffman (1961: 247) designa por "ninho", os indivíduos

procuram desenvolver um “nicho psicológico”: os refúgios traduzem a necessidade de organizar “espaços de isolamento”, sendo que este distanciamento é um meio para se proteger da invasão generalizada a que os indivíduos podem estar expostos em certas organizações. Segundo Fischer, quanto mais os espaços funcionais de uma organização são geradores de frustração, decorrente do sentimento de desapropriação, maior é a probabilidade de se criarem espaços de isolamento.

Fischer expõe ainda que em muitas situações os espaços pessoais são prolongamentos simbólicos do próprio corpo, assim como a apropriação dos objectos neles dispostos. Na sua acepção, quanto mais um espaço institucional é controlado, mais rudimentares serão os espaços de refúgio, podendo reduzir-se, em certos casos, ao local em que o indivíduo arruma os seus objectos pessoais, directamente ligados ao seu espaço corporal.

Entre as residentes da instituição em análise, um exemplo forte desta necessidade de reserva ou protecção pessoal é-nos dado por uma idosa que nunca frequenta o salão de convívio sem utilizar óculos de sol. Apesar de a residente justificar geralmente esta utilização pelas intensas dores de cabeça que resultariam de um tumor cerebral benigno só parcialmente removido, o certo é que, num momento de maior partilha da sua intimidade connosco, chegou a admitir que, graças aos óculos, sente-se menos invadida pelos olhares das restantes residentes ou mesmo dos membros do pessoal.

Fischer (1994: 37) mostra bem que, quando concebem e ordenam um conjunto de espaços, na base de critérios de funcionalidade, os dirigentes de uma dada organização produzem efeitos sobre a vida concreta das pessoas. Embora tais espaços sejam considerados prioritariamente como respostas a necessidades, como meios para conferir estabilidade e eficiência a uma dada organização, não há dúvida que, por via da sua definição, age-se sobre o comportamento e as relações de quem os utiliza.

Ora, o que Goffman (1961: 243) realça, mais especificamente, é que nas instituições totais o indivíduo não exerce qualquer papel nessa concepção e ordenamento dos espaços, o que significa que estes lhe são totalmente impostos. Além disto, os “reclusos”, na acepção deste autor, acabam por ser, em praticamente todos os espaços, observados e controlados, isto é, vigiados,

por membros do pessoal ou por prescrições que fixam os modos e os ritmos de utilização dos espaços.

Esta é uma prática que contraria fortemente um princípio organizador das sociedades ocidentais onde, como refere Fischer (1994: 60), "o habitat é um espaço organizado como uma concha pessoal onde qualquer um se pode abrigar, subtrair-se às pressões exteriores e identificar-se mais fortemente com a sua própria individualidade". As instituições que Goffman designa como "totais" têm precisamente a particularidade de não reconhecerem como uma necessidade o usufruto de um espaço pessoal, protector da intimidade. Antes pelo contrário, um espaço é sempre um espaço administrado no quadro da gestão burocrática da organização, dependente das decisões da equipa dirigente e o facto de, num período de tempo, ocupar um canto num dado local não garante que esse lugar possa ser realmente apropriado pelo residente.

Ambos os autores fornecem-nos, pois, instrumentos preciosos para decifrar as condutas dos utilizadores deste tipo de espaço institucional e entender que, por mais bizarros que possam parecer, certos comportamentos dos residentes em lares não devem ser aprioristicamente atribuídos nem a uma pretensa perda de capacidades decorrente do avançar da idade, nem a características que fariam parte da individualidade biopsíquica cristalizada dos indivíduos. Longe deste tipo de interpretação biologista ou individualista, tais comportamentos são produtos de um contexto de interacção social bem particular que não somente impõe uma ruptura com todos os espaços de familiaridade construídos ao longo da vida mas, igualmente, desapossa os residentes de um papel activo na recomposição do seu espaço de vida diária.

À luz destes contributos, torna-se, então, possível compreender que os tais comportamentos bizarros são tão só tentativas de resistência à violência material e simbólica que a instituição exerce sobre os residentes por via do seu ordenamento espacial e da sua estrutura organizativa. Certos usos do espaço constituem o que Goffman designa por adaptações secundárias, simultaneamente "refúgios para a personalidade" e oportunidades para os residentes verificarem que ainda dispõem de um certo poder sobre o seu meio ambiente, num contexto em que o tratamento colectivo das suas necessidades se tornou a regra.

4. A imposição de um tratamento colectivo de todas as necessidades que compromete a preservação da individualidade

Segundo Goffman (1961: 6), outra característica essencial das Instituições totais prende-se com o facto de todas as necessidades dos indivíduos que nelas vivem serem objecto de um tratamento colectivo e é precisamente esta “manipulação em grupos”, como se os internados constituíssem um “bloco maciço”²², que induz a mudança da representação de si próprio. Goffman considera que tal mudança cultural não chega a constituir uma aculturação ou assimilação mas compromete fortemente a “representação aceitável” de si mesmo que o indivíduo constituiu ao longo das suas experiências anteriores e que lhe permitia fazer face aos conflitos, agressões e fracassos que pontuam a vida humana.

Goffman propõe o termo de “desculturação” para designar este processo que priva o indivíduo da possibilidade de actualizar os seus comportamentos de modo a que a sua realidade subjectiva conserve a necessária relação de simetria com o mundo social externo em constante evolução. Ignorando tudo das modificações que ocorrem no meio externo, o internado fica inevitavelmente desadaptado, ou seja, incapaz de fazer face às situações banais da vida quotidiana.

As reflexões desenvolvidas em pontos anteriores já mostraram que, de facto, no lar em análise, as residentes são enroladas numa colectividade cuja gestão burocrática não pode deixar de provocar uma modificação progressiva das certezas que alimentavam acerca de si próprias e, igualmente, acerca de indivíduos que, até ao internamento, desempenhavam o papel de outros significativos. Viver no lar cria e fomenta uma tensão crescente entre o mundo doméstico (que o idoso teve que abandonar) e o mundo institucional (Goffman, 1961: 13). Esta tensão é geradora de dolorosa desorientação para as idosas, a ponto de estas deixarem de viver com prazer a oportunidade de sair temporariamente da instituição, por exemplo, para passar o fim-de-semana na casa de um filho ou de outro familiar. A desadaptação induzida pelo internamento face ao desempenho dos papéis de mãe, pai, tio ou outro,

²² Retoma-se aqui a expressão utilizada na tradução francesa para restituir a ideia de um tratamento idêntico imposto a todos os residentes como se estes formassem um bloco, ou seja, uma massa indiferenciada, patente na expressão do autor: “blocks of people”.

que outrora estavam repletos de significados afectivos, leva muitas idosas a recusar estas saídas ou, então, a expressar, quando voltam ao lar, a desilusão de quem constatou que a casa e a família deixaram de ser referentes identitários fortes. A desilusão de quem sentiu que o mundo que lhe era familiar, na realidade, torna-se, para si, cada vez mais distante e estranho.

Este fenómeno de desculturação assume uma dimensão tanto maior quanto a manipulação em grupo confronta o indivíduo com uma série de humilhações, degradações, mortificações e profanações da sua personalidade, mesmo que tal processo não seja intencional.

Na reflexão sobre os efeitos despersonalizantes do tratamento colectivo, não se pode deixar de considerar outra forma de mortificação do eu, a que Goffman (1961, 23) designa pela expressão “exposição contaminadora”. Goffman observa que, na vida quotidiana, tal como se desenrola comumente no mundo social, o indivíduo pode proteger certos domínios íntimos de influências alheias, tais como o seu próprio corpo, boa parte das suas práticas diárias, os seus pensamentos e alguns bens. Na instituição total, os residentes são confrontados com violações destes domínios íntimos e diversos sectores da vida pessoal acabam por ser profanados, desde logo porque estão largamente expostos aos outros reclusos e aos membros do pessoal.

Como já tivemos oportunidade de referir no ponto anterior, no lar em estudo tal como em muitos outros, as residentes dependentes ou com um estado de saúde fragilizado dificilmente podem evitar que, na altura em que recebem visitas, outros indivíduos (residentes ou membros do pessoal) se imiscuam nas suas relações de intimidade com os seus próximos. Mas acresce a este tipo de intromissão outra ainda mais chocante e humilhante: a que se prende com o facto de a correspondência recebida pelas residentes ser interceptada pelo director da instituição que se arroga o direito de a abrir antes de a entregar à destinatária, numa clara demonstração de um poder capaz de anular o poder que as residentes costumavam exercer através da gestão da distância e da proximidade que pretendem manter na relação com os outros à sua volta (Goffman, 1961:31). Tal exposição forçada gera o que Goffman designa por “perigo da contaminação”, um mecanismo que corrói profundamente as relações do internado com os outros que lhe são próximos e, por via de consequência, a sua própria personalidade.

No lar de idosos em estudo, a residente nunca está inteiramente sozinha, está sempre em posição que lhe permite ser vista ou ouvida por alguém que não escolha e que não faz parte da sua história. No lar em estudo, a intimidade do próprio corpo não está salvaguardada, particularmente porque a lógica organizativa impõe contactos com o corpo do outro e uma exibição do próprio que se tornam degradantes. Os momentos de banhos diários reflectem toda esta carga expositiva: normalmente, as idosas (à excepção das que usufruem de total independência funcional) são deslocadas em grupo de três ou quatro para o quarto de banho, de acordo com a escala de serviço determinada para cada dia. Cada uma aguarda nua ou semi-nua pela sua vez ou, se tiver mobilidade suficiente para tal, vai sendo orientada por uma auxiliar para que se vá despindo enquanto outra internada já se encontra no poli-banho a receber os cuidados de que necessita, como se de uma linha de produção se tratasse. Além disto, cada casa de banho é subdividida em três zonas, duas áreas de chuveiro e uma outra com uma sanita, sendo que as portas que as separam tendem a permanecer abertas para "facilitar" as movimentações. Em consequência, cada residente assiste inevitavelmente ao banho que está a ser prestado a outra e, não raro, quem utiliza a sanita fica igualmente exposto ao olhar de outros. A exposição da nudez e o clima de total indiscrição são ainda ampliados quando a porta que separa a casa de banho do corredor fica aberta, o que, não sendo sistemático, ocorre, todavia, com alguma frequência, em particular quando os cuidados de higiene semanais são prestados às residentes acamadas.

Outra circunstância em que a intimidade é devassada prende-se com os chamados "banhos geriátricos", isto é, com os banhos dados na própria cama. Com efeito, nos quartos duplos ou triplos, não existe nem biombo, nem cortina para proporcionar alguma privacidade. Todos os cuidados de higiene, incluindo os que implicam o uso de fraldas, impõem que o corpo da idosa dependente seja completamente exposto aos olhares alheios. Acresce que quando a assistente social propôs ao director do lar várias modalidades de superação desta permanente violação da intimidade, designadamente a compra de biombo facilmente deslocáveis, este recusou-as, com o

argumento de que tal preocupação se justifica somente no hospital e que convinha salvaguardar o clima familiar do lar... ²³

A lógica de profanação da vida pessoal verifica-se ainda no que toca ao uso de objectos pessoais que, como realçou Goffman (1961, 20), desempenham um papel importante na preservação da personalidade, desde logo porque permitem conservar o controlo sobre a apresentação de si próprio. O autor salientou quanto a desapropriação dos objectos pessoais, em particular roupas e produtos de higiene ou de beleza, e a sua substituição por objectos de série, de carácter uniforme e uniformemente distribuídos, desfiguram a personalidade.

Ora, no lar que temos vindo a observar, o controlo que a idosa exerce sobre a sua apresentação pessoal diminui drasticamente, tornando-se habitual que sejam as ajudantes de acção directa a decidirem as roupas que irão vestir no dia seguinte (sobretudo no caso das dependentes) ou por via da outra prática, geradora de “desfiguração pessoal” (Goffman, 1961: 20), que consiste em impor às idosas mais fragilizadas um corte de cabelo uniformemente estabelecido.

Além disso, todos os produtos destinados à higiene pessoal (gel de banho, shampoo, creme hidratante, desodorizante, pasta e escovas de dentes ...) são escolhidos pela equipa dirigente, cujas opções de compra assentam fundamentalmente no baixo custo dos produtos. São, além disto, postos à disposição de todas quer por via de instrumentos doseadores afixados em qualquer casa de banho (gel de banho e gel para as mãos), utilizáveis até pelos visitantes, quer por via do seu armazenamento nos carrinhos de apoio aos banhos. Só as idosas autónomas, ou as dependentes que estão a ser acompanhadas suficientemente de perto por familiares, continuam a exercer algum controlo sobre estes objectos íntimos de que depende, pelo menos em parte, a sua apresentação pessoal. Somente elas podem usar as marcas e tipos de produtos a que estavam habituadas. Com efeito, as residentes que

²³ Jaber Gubrium (1997: 48) também constatou que a equipe dirigente de Murray Manor tem a convicção de que para distinguir o cuidado prestado a um indivíduo num hospital do cuidado prestado num lar (nursing home como Murray Manor) basta referir que, no segundo caso, providencia-se um cuidado total (total patient care), ou seja, levam-se em consideração as “necessidades emocionais” e quando o investigador procura esclarecer o que tal significa, a resposta da equipa dirigente remete para a criação de uma atmosfera familiar (homelike).

procuram escapar à uniformização imposta pela instituição, pedindo aos auxiliares que lhes proporcionem produtos de higiene personalizados, correm o risco de serem publicamente denunciadas, pela encarregada geral e/ou pelo director da instituição, como residentes que se dessolidarizam do “grupo familiar”. Ou seja, tal como observou Goffman (1961:35), a tentativa destas idosas se protegerem da promiscuidade imposta pela instituição acaba, quando descoberta, por servir de pretexto a um novo ataque humilhante por parte da equipa dirigente. É precisamente o que Goffman denomina por “looping”: o indivíduo verifica que a sua resposta à agressão que o lar lhe dirige desmorona-se, descobrindo-se, então, totalmente impotente para manter uma distância em relação à situação mortificante e, assim, para se defender.

Continuando a seguir a linha interpretativa de Goffman (1961: 41), a regra que consiste em obrigar as idosas a pedir autorizações para realizar actos menores que, no mundo exterior, executariam sozinhas (telefonar, escrever e mandar uma carta, ir à casa de banho, comprar um par de sapatos ou outro bem pessoal, ter uma jarra para colocar flores...) constitui um dos meios mais eficazes para quebrar a autonomia pessoal da acção²⁴. Esta obrigação não sujeita apenas a residente a assumir atitudes de submissão e de suplicação, inusitadas entre os adultos e que atentam à sua dignidade, mas também permite que todos os seus actos possam ser interceptados pelos membros do pessoal da instituição.

Goffman (1961: 21) vai mais longe ainda na sua análise e expõe que, além da desfiguração provocada pela perda dos objectos que constituem referentes identitários, é frequente acontecer que os reclusos tenham que assumir gestos ou adoptar posturas que acentuam a “degradação da imagem de si”.

No caso do lar em análise, um exemplo claro deste tipo de obrigação mortificante prende-se com a imposição do uso de fraldas, não porque o indivíduo tenha problemas de incontinência mas, tão só, porque a sua perda de mobilidade o torna dependente do auxílio de alguém para deslocar-se até à casa de banho.

²⁴ Na versão original, Goffman refere-se a um modo de quebrar a “economia da acção” de um dado indivíduo (“one’s economy of action”).

O processo de despersonalização fica ainda patente na frequência com que as idosas se vêem despojadas de peças de vestuário que, após o tratamento na lavandaria, são erradamente arrumadas no armário de outra residente. O facto de tal acontecer com regularidade, apesar de as roupas serem obrigatoriamente marcadas, revela quanto o funcionamento da instituição é susceptível de agredir a personalidade das residentes, tratando-as como seres intermutáveis, tornando-as impotentes face à necessidade de confirmar a representação de si próprias construída ao longo da vida.

Na sua obra, Goffman (1961: 16) deu particular destaque aos procedimentos accionados na altura da admissão numa instituição de internamento. Ao privar os indivíduos dos seus efeitos pessoais, ao classificá-los e identificá-los como internados, ao comunicar-lhes as regras que terão que seguir e ao afectá-los a uma determinada secção ou área da instituição, tais formalidades servem principalmente para operar uma re-programação do "eu". Servem para nivelar e homogeneizar o conjunto dos internados e, por esta via, transforma-los em objectos prontos a ser entregues à máquina do estabelecimento de modo a que nada venha travar o andamento rotineiro das actuações burocráticas que sobre eles passarão a ser exercidas.

À primeira vista, na instituição em estudo, as modalidades de admissão parecem voltadas para uma escuta bem mais compreensiva dos hábitos e necessidades das futuras residentes. Às idosas, e aos familiares que eventualmente assistem a esta "cerimónia", são dirigidas questões acerca dos hábitos alimentares, de higiene e da condição de saúde. Todavia, longe de traduzir a preocupação em adaptar o contexto do lar às peculiaridades de pessoas concretas, com um habitus vincado por um longo trajecto de vida, estas formalidades, próximas da "violação da reserva de informação do eu" mencionada por Goffman (1961: 23/24), visam, antes de mais, programar o processo de mudança de hábitos necessário para garantir a conformidade com as regras e práticas que comandam o dia-a-dia institucional.

Não é seguramente por acaso que as formalidades de admissão são exclusivamente implementadas pelo director da instituição e pela encarregada geral, em alturas (designadamente, fim-de-semana) em que a presença dos profissionais que nelas deveriam participar, se o propósito fosse realmente ampliar a capacidade de acolhimento da instituição, é mais

improvável. Aliás, após o questionamento inicial, expõem-se de seguida as regras intocáveis às quais as idosas estarão sujeitas, nomeadamente acerca dos dois períodos de banhos semanais e da determinação das ementas pela encarregada geral. Quanto à eventual necessidade de cuidados de saúde, o esclarecimento dado no que respeita à equipa médica e de enfermagem de que a instituição dispõe assume o carácter de injunção para que a nova residente deixe de recorrer a quem a acompanhou até agora, o mesmo se verificando relativamente ao centro de saúde e ao médico de família a que costumava recorrer. Para finalizar o processo de admissão, a nova residente vê ser atribuído um código com o qual a sua roupa passará a ser marcada e o quarto que a encarregada geral considera adequado.

A admissão não é pois realmente conduzida em função da compreensão das características sobre as quais o indivíduo se apoiou, até à data, para fundar a sua identificação pessoal, mas antes na perspectiva de obter/induzir a cooperação da futura residente face a modos de fazer institucionalizados susceptíveis de colidir com os que foram até agora os seus, em múltiplos domínios da vida. As instruções são fornecidas sobretudo para que, mais tarde, a idosa não possa vir a reivindicar direitos que poderia legitimamente pretender. Além disto, tais formalidades assumem, muitas vezes, traços do que Goffman descreve como um “teste de obediência” (1961: 17/18), na medida em que permite medir o grau de deferência e de submissão da futura residente, designadamente face à privação de um dos marcos mais decisivos para a conservação da realidade subjectiva que é o próprio nome. Enquanto, na admissão, a futura residente fica a saber que o responsável da instituição é e deve ser sistematicamente tratado por todos como “Senhor Padre”, logo a seguir, ela própria confronta-se com este tipo de despojamento, não sendo raro que o próprio director se arrogue o direito de chamar algumas idosas por meio de nomes falsamente carinhosos como “branquinha” ou “avozinha”...

Para concluir sobre este ponto, importa salientar, em síntese, que o lar que analisamos aproxima-se muito da instituição total, na medida em que as residentes vêm-se, de facto, impossibilitadas de exercer competências que até então lhes eram legitimamente reconhecidas e perdem algumas (muitas?) das comodidades pessoais e materiais a que se acostumaram, passando a ser

envolvidas em interacções susceptíveis de contribuir para a sua despersonalização.

5. Uma organização social que ergue barreiras entre profissionais e residentes

Todos os organismos sociais, comumente chamados instituições, desenvolvem a sua actividade para responder a determinadas necessidades da vida em sociedade, ou seja todos definem oficialmente os efeitos que pretendem e desejam alcançar. Por isso mesmo, todas as instituições tendem a apresentar-se como organizações racionais, cujas modalidades de funcionamento, incluindo as mais elementares, resultam de um plano concertado para atingir finalidades oficialmente proclamadas e socialmente aprovadas. No entanto, na sua reflexão sobre as instituições totais, Goffman (1961:74) dá destaque à existência de uma contradição entre o que estes organismos são supostos fazer de acordo com as declarações oficiais e a sua actividade real. A observação da função de numerosas instituições totalitárias leva Goffman a concluir que grande parte delas não parecem ter outro objectivo senão assegurar o armazenamento dos que lá vivem, apesar de se apresentarem publicamente como "máquinas bem oleadas" ao serviço de objectivos que são definidos por referência a uma norma ideal. Na perspectiva deste autor, é precisamente esta contradição entre a lógica intencional e a lógica real que constitui o pano de fundo da actividade quotidiana do pessoal de enquadramento.

No caso do lar em estudo, institucionalmente ligado à Igreja católica, a finalidade oficial remete para a prática da caridade cristã voltada para a assistência material, moral, intelectual, social e espiritual indispensável para proporcionar o bem-estar na velhice, por via do acolhimento, em particular, de mulheres idosas residentes nas freguesias que circundam o lar.

Pese embora o relevo dado à promoção de condições compatíveis com o bem-estar de pessoas concretas nesta definição dos objectivos do lar, convém não afastar aprioristicamente a hipótese, formulada por Goffman (1961: 74), de a tarefa dos profissionais afastar-se consideravelmente da prestação de serviços essencialmente pautados pela solicitude em relação a pessoas fragilizadas pelo avançar da idade e orientar-se para um trabalho sobre objectos inanimados, ainda que estes tenham a particularidade de serem pessoas. De facto, as reflexões apresentadas em capítulos anteriores a respeito do cariz despersonalizante do tratamento das necessidades das

residentes deixaram claro que o risco de transformar as mulheres residentes em objectos inanimados é bem real na instituição em observação. Desde logo, tivemos oportunidade de verificar que o dia-a-dia das idosas no lar desenrola-se de modo rigidamente sequenciado, o que, de modo alegórico, se pode assemelhar a uma espécie de linha de montagem, sendo que a realização de algumas destas acções diárias, tais como as destinadas a assegurar a sua higiene pessoal, chegam a ser controladas por via do registo num formulário ou mapa. A lógica que preside a esta organização assenta fundamentalmente num modo de as representar como pessoas reduzidas à comum condição de serem velhas.

Sem negar as semelhanças que possam existir entre o “trabalho sobre o homem” e o que incide sobre objectos inanimados, Goffman assinala no entanto (1961: 76) que, em virtude da força dos princípios morais estabelecidos na sociedade envolvente, a pessoa não deixa, na instituição total, de ser considerada como um fim em si. A instituição deve respeitar certos princípios de humanidade na manipulação do material humano e esta imposição é fonte de dilemas para a acção da equipa profissional, sobre quem recai a delicada tarefa de, numa prática quotidiana rotinizada e submetida a imperativos temporais, concretizar os fins efectivamente perseguidos por via das tarefas e normas que têm que cumprir. As condições prescritas pela direcção do lar para o cumprimento das tarefas relacionadas com a higiene pessoal e apresentação de si das idosas ilustram bem os constrangimentos que pesam sobre os profissionais e contrariam os propósitos oficialmente afirmados acerca do respeito pela pessoa humana.

A equipa profissional é, quase permanentemente, submetida a injunções largamente contraditórias. Assim, para que a instituição cumpra as suas responsabilidades, designadamente a de salvaguardar a integridade física do recluso, constata Goffman, é muitas vezes necessário que desrespeite os seus direitos enquanto pessoa. Ou, por outras palavras, que estabeleça um subtil equilíbrio entre os fins perseguidos: para impedir um doente de se suicidar, o pessoal do hospital psiquiátrico pode ter a necessidade de o submeter a uma vigilância constante ou, até mesmo, de o manter sentado e atado à cadeira num local fechado à chave.

A vida quotidiana da instituição que aqui nos interessa fornece diversos factos para comprovar que, “na manipulação do material humano” (Goffman, 1961:76), certos procedimentos, oficialmente destinados a preservar a vida das residentes, podem representar uma imposição violenta, fonte de sofrimento ou de humilhação, acabando por privar a vida de qualquer sentido. Assim, uma idosa que recusa alimentar-se pode ser forçada a comer por uma auxiliar que, ao mesmo tempo que lhe aperta o nariz, lhe pressiona sobre os lábios uma colher carregada com comida. Uma idosa com problemas crónicos de deglutição é alimentada através de uma sonda naso-gástrica e, caso procure resistir e retirar a sonda, ficará com os pulsos amarrados à cama ou à cadeira. Para minimizar os riscos de queda e prevenir as eventuais reclamações ou processos que os familiares poderiam apresentar, as idosas com perdas de mobilidade física passam a ser atadas com faixas a um cadeirão ou presas por um colete. Para eliminar as tensões e conflitos suscitados por uma residente com tendência para remexer nos objectos da sua companheira do quarto, o pessoal adopta a “solução” de trancar a porta à chave. E como, em nome da integridade física das idosas, a regra é que não possam fechar elas próprias o quarto à chave, a companheira torna-se totalmente dependente do pessoal para poder aceder àquele lugar.

Outro tipo de dilema que se impõe à equipa profissional prende-se, segundo Goffman (1961: 78), com o facto de os padrões de tratamento adequados ao respeito dos direitos de um residente poderem entrar em colisão com as expectativas e direitos de outros. Assim, por exemplo, aquelas idosas autónomas que partilham o quarto com uma idosa acamada, que necessita de tratamento de enfermagem por sofrer úlceras de pressão, são, por sistema, convidadas pela equipa de enfermagem a ausentar-se do quarto durante a prestação de cuidados, sem qualquer respeito pela actividade que estão a desenvolver naquele momento (efectuar arrumações no seu armário, fazer tricot ou renda ou, simplesmente, descansar).

O conflito entre a observação de regras humanitárias no trato das residentes e as exigências da instituição em matéria de eficiência está na base de outras dificuldades para os profissionais. O exemplo escolhido por Goffman (1961: 78) para fundamentar tal afirmação remete para a importância de que se revestem os bens pessoais para as duas categorias de agentes. Enquanto os

“reclusos” perspectivam os bens pessoais como uma base material essencial para a conservação da sua identidade, o pessoal de enquadramento, por sua vez, os percebe, muitas vezes, como obstáculos no desempenho das suas tarefas. A título de exemplo, no nosso caso concreto, quanto mais objectos pessoais as residentes possuem, tais como fotografias, imagens religiosas, jarra com flores, caixinhas, almofadas, colchas, mantas, etc..., melhor conseguem reconstituir algo que se aproxime do universo familiar anterior ao internamento e manter a expressão da sua singularidade pessoal. Mas, para quem assegura a arrumação e limpeza do quarto, a “residente ideal” é aquela que aceita ser desapossada destes referentes identitários e residir no quarto impessoal que a instituição lhe proporciona. O mobiliário estritamente indispensável (cama, mesa de cabeceira e armário) e a escassez de bibelots e adereços pessoais tornam mais eficientes as operações de limpeza e arrumação. Para quem tem que vestir o mais rapidamente possível as idosas fragilizadas ou dependentes, tendo em conta o horário fixo do pequeno-almoço, e tem que, logo a seguir, cuidar das idosas acamadas, antes de voltar ao refeitório para assegurar a passagem para o salão de convívio, não há melhor residente do que aquela que desistiu definitivamente de expressar gostos e desejos relativamente ao modo de se apresentar. A mesma lógica de eficiência faz com que as idosas dependentes sejam incentivadas a desistir do uso de soutiens, já que estes dificultam o trabalho das auxiliares.

Goffman (1961: 80) lembra, ainda, que os “materiais humanos” diferenciam-se dos objectos inanimados na medida em que não precisam de uma actuação contínua por parte de quem trabalha com eles: podem receber directrizes e serem levados a executá-las por via da ameaça, da recompensa ou da persuasão. Em consequência, podem ser deixados sem vigilância, durante algum tempo, no cumprimento das actividades cujas linhas orientadoras foram traçadas. Mas, à diferença dos objectos inanimados, os “materiais humanos” têm a capacidade de perceber e entender os planos do pessoal de enquadramento a seu respeito e, nesta base, de os perturbar de modo deliberado, com uma eficácia que é, de todo, inacessível aos objectos inanimados. Este é talvez, segundo Goffman, o factor que mais diferencia “o trabalho sobre o homem” dos outros tipos de actividade. E esta capacidade de deliberadamente contrariar a acção de quem trabalha e as normas de

funcionamento da instituição obriga a equipa profissional a estar sempre prestes a fazer face a tentativas de resistência, a vigiar aqueles que são susceptíveis de lhe criar dificuldades de todo o tipo no cumprimento das tarefas. Gera-se assim uma oposição ou um fosso, dificilmente transponível, entre a massa das pessoas dirigidas e aqueles que os enquadram. Cada grupo tende a fazer do outro uma imagem redutora, estereotipada e hostil, imagens estas que são perpetuadas pelo carácter restrito das trocas entre os dois grupos.

No quadro do hospital psiquiátrico, o doente mais velho e mais fraco possui, diz-nos Goffman, o terrível poder de serrar os punhos com força nos bolsos das calças para tornar notavelmente difícil a tarefa do enfermeiro encarregado de o despir. No lar, as idosas que se recusam a tomar banho, nos dias e horas definidos, gritam desalmadamente como se estivessem a ser batidas, as idosas que não querem ser alimentadas têm como recurso cuspir a comida e insultar a auxiliar.

Esta possibilidade de ter que enfrentar a resistência do “material humano” induz, no conjunto dos profissionais, uma viva ansiedade, obriga a reforçar a atitude de vigilância e encoraja os membros do pessoal a não informar os internados acerca das suas actuações, sobretudo quando comportam aspectos desagradáveis, a fim de reduzir as possibilidades concretas de as contrariar. Assim, no lar, alguma alteração que necessita ser introduzida nas rotinas estabelecidas, por exemplo em matéria de higiene pessoal, nunca é anunciada previamente, precisamente para evitar possíveis reacções de resistência.

Salienta, contudo, Goffman (1961:81) que outro problema específico do trabalho sobre os “materiais humanos” é que, apesar da distância que a equipa profissional tende a estabelecer em relação aos “reclusos”, existe sempre a possibilidade de estes suscitarem no pessoal sentimentos de camaradagem ou, até, mesmo, de amizade. Se os internados assumirem “aparência humana”, a equipa profissional não conseguirá realizar certas tarefas sem experimentar sentimentos de mal-estar e sofrimento. Mas, por outro lado, nas circunstâncias em que enfrenta uma reacção de violação do regulamento, o facto de considerar os internados como seres humanos dotados de razão, de esperar deles reacções razoáveis, leva o mesmo pessoal

a encarar qualquer oposição como uma ofensa ou provocação a seu respeito. O confronto com o que entende como provocação ou ofensa tende, então, a desencadear sentimentos de cólera.

Por outras palavras, Goffman mostra que a própria lógica de funcionamento da instituição total torna muito improvável que os membros do pessoal que interagem intensivamente com os internados estabeleçam uma relação duradoura de compreensão intersubjectiva. Ou, dito de outro modo, a própria lógica de funcionamento da instituição leva a que a sua conduta seja perpassada por conflitos internos, difíceis de gerir, desde logo porque geralmente inconscientes, os profissionais são levados a encadear, sequencial e recorrentemente, movimentos de aproximação afectiva e de distanciamento. Um certo distanciamento, que compromete a tomada de consciência das privações e perturbações que o internamento é susceptível de induzir na vida dos indivíduos, é necessário para dar cumprimento às normas institucionais. Mas as características ou circunstâncias de certos internados incentivam a aproximação afectiva e esta, por sua vez, gera sentimentos de compaixão que tendem a ameaçar o padrão de relacionamento distanciado que os colegas de trabalho procuram manter. A pressão dos pares força, então, o membro do pessoal a refugiar-se, de novo, no cumprimento rotineiro e distanciado das suas funções, até que um novo ciclo de aproximação/contacto e retraimento se repita.

Para tornar claros os dilemas que os profissionais têm que enfrentar nas suas actividades quotidianas, Goffman aponta para as situações em que estes são obrigados a assumir os traços de pessoas impiedosas e duras para impedir os "reclusos" de cometerem actos susceptíveis de ameaçar a sua integridade. Conservar o controlo sobre os seus próprios sentimentos em tais circunstâncias é seguramente um exigente desafio que, regra geral, cada membro da equipa profissional tem que enfrentar sozinho.

No dia-a-dia do lar em estudo, não faltam exemplos demonstrativos das dificuldades e tensões inerentes ao "trabalho sobre o homem" e da falta de oportunidades de as ajudantes de acção directa escaparem a um estilo de relacionamento dominado por este ciclo de aproximação afectiva ameaçadora e de distanciamento desumanizante. Só por si, a rigidez das sequências de tarefas a efectuar por um número muito restrito de ajudantes

de acção directa, no quadro dos horários de funcionamento rigidamente definidos que caracterizam este lar, institucionaliza o padrão de relacionamento distanciado. Mas, além disto, para que as ajudantes de acção directa mantenham o estilo de relacionamento que não compromete a eficiência das rotinas estabelecidas, a própria equipa dirigente as incentiva, regularmente, a não valorizarem todos os “queixumes” (sic) das idosas, apresentando as residentes como pessoas “extremamente exigentes, que nunca estão satisfeitas com nada e que, por muito que se lhes faça, têm sempre algo de negativo a dizer” (procurando sintetizar os modos de apreciar as residentes transmitidos pela equipa dirigente). Além disto, importa salientar que não são criados momentos em que toda a equipa de trabalho possa reflectir sobre os dilemas que contém a sua missão junto das idosas. Ou momentos em que os profissionais tenham a oportunidade de se entreajudarem no trabalho de ruptura com o senso comum culpabilizador dos indivíduos que, geralmente, preside à interpretação da ausência de colaboração das residentes, das suas manifestações de desistência ou, pelo contrário, de resistência face à regulamentação exaustiva da sua actividade. Neste contexto em nada propício à promoção da reflexividade no seio da equipa profissional, às ajudantes de acção directa, em particular, não são proporcionados os instrumentos necessários para poderem entender e elaborar as repercussões emocionais que tem para si a obrigação de impor, contra a vontade expressa das idosas, a ingestão de determinados alimentos, a proibição ou o racionamento de outros ou, ainda, a submissão a regras de higiene que desprezam totalmente a relação profundamente interiorizada com o próprio corpo.

Em consequência, a distância social que tende a instalar-se entre o grupo das internadas e todo o pessoal da instituição, que, objectivamente, determina a organização do seu quotidiano, inviabiliza qualquer tipo de identificação (N. Elias, 1998) com as idosas e reforça as visões estereotipadas da velhice, já fortemente incentivadas numa sociedade que institucionaliza a separação, em função da idade, entre activos e inactivos. Os membros do pessoal não são amparados face ao risco de passar a perspectivar as internadas como velhas dominadas pela amargura que seria típica daqueles que estão no fim da vida, por uma rigidez e intransigência tidas como características “naturais”

da idade avançada ou, ainda, como pessoas que, por serem velhas, só conseguem afirmar a sua existência por via da teimosia, do capricho ou da “esquisitice”. Num tal clima de total ignorância dos efeitos exercidos pelo contexto social (Grubium, J., 1997: 46), em que as idosas são vistas como pessoas essencialmente autocentradas, reivindicativas, persecutórias, os agentes profissionais tendem, em retorno, a ser representados pelas internadas como pessoas insensíveis, autoritárias, pouco disponíveis ou, nalguns casos, até, brutas, o que acaba por ainda acentuar a distância hierárquica entre os dois grupos. O sentimento de superioridade que se desenvolve no seio do pessoal não somente inviabiliza a reflexão acerca dos modos de funcionamento e das práticas profissionais no seio do lar como acentua o risco de as internadas interiorizarem a representação desvalorizante de um estatuto definido pela inutilidade e pela incapacidade (Goffman, 1961: 7).

Assim, a idosa que tenta expressar as suas preferências alimentares, recusando reiteradamente certos alimentos, é entendida como “esquisita”, teimosa, como pessoa que gosta de complicar a vida dos outros, sendo, com facilidade, classificada pelas instâncias dirigentes na categoria dos “pobres e mal-agradecidos”. E se a idosa se atrever a referir explicitamente que, para o director e, às vezes, para os profissionais, o menu é diferente, a resposta da encarregada geral não deixa dúvida quanto ao lugar atribuído às internadas na hierarquia institucional: *“Você come o que lhe der, e se não quiser não come, o problema é seu, se depois ficar com fome tem de aguentar até ser novamente hora de comer”*.

O facto de uma utente recusar-se a tomar banho nas condições definidas pela instituição tende a ser imediatamente interpretado pela equipa dirigente como sinal de falta de higiene. Torna-se oportunidade para ela de especular sobre a vida passada da residente, lançar comentários depreciativos acerca da sua imagem ou insinuações a respeito da insalubridade da sua anterior residência. A equipa dirigente permite-se todas as suposições, a partir de uma atribuição de sentido apriorística, que apenas leva em consideração pretensas características pessoais das idosas e ignora totalmente a especificidade do contexto material e relacional que lhes é imposto. As utentes são colocadas na posição de julgadas, face a juízes detentores absolutos da razão e do fundamento acusador.

Paradoxalmente, ou não, uma utente que dá importância ao modo de se apresentar é criticada pelos mesmos dirigentes por “excesso de cuidado” e “ vaidade”, sendo-lhe imputado o desejo quase perverso de recusar o seu novo estatuto de velha ao procurar distinguir das outras internadas. As residentes são assim insidiosamente levadas a interiorizar a ideia de que as pessoas idosas devem conformar-se com uma concepção meramente funcional da higiene pessoal e da apresentação de si e desistir de gostar de si próprias e de agradar a outros, como testemunham os seus comentários face a uma ajudante de acção directa que lhes aparece, sem farda e, sobretudo, bem vestida e arranjada: “hoje está muito bonita D. X...estamos tão habituadas a vê-las fardadas...mas, assim vestida, até faz ver este grupo de velhinhas tão desleixadas”.

Numa linha muito próxima da de Goffman, Jaber Gubrium (1997: 49) observa quanto o facto de a equipe dirigente dar prova de uma leitura muito simplista e redutora das condutas dos idosos no lar – apreendendo-as apenas como produzidas por indivíduos “agitados”, “desorientados” ou “confusos” em virtude da sua “senilidade” – torna impossível a compreensão das suas necessidades. E esta falta de atenção, por sua vez, tende a reforçar nos internados o sentimento da sua inferioridade e falta de importância enquanto pessoas.

6. As encenações da unidade entre dirigentes/profissionais e residentes

De acordo com Goffman (1961: 74), é a equipa dirigente e profissional de um estabelecimento totalitário que determina burocraticamente a vida no seu seio. O que não impede que as organizações assim constituídas se apresentem ao público como racionais, planeadas de modo consciente, como máquinas eficientes capazes de cumprir com finalidades oficialmente declaradas. Entre tais finalidades, figura, muitas vezes, a reorganização dos internados na direcção de algum padrão ideal, isto é, a sua reabilitação, tratamento/cura ou, como no caso que aqui nos ocupa, o seu “bem envelhecer”. Todavia, entre os objectivos oficialmente enunciados e o que o trabalho quotidiano no estabelecimento realmente produz na vida dos internados é possível verificar uma distância muitas vezes considerável, já que o funcionamento diário deste tipo de organização assenta numa lógica de nítida diferenciação e, até, oposição entre os papéis dos membros do pessoal e dos internados. A linha de demarcação que, no dia-a-dia, se constrói entre internados e membros do pessoal, fazendo com que uns e outros dificilmente consigam perspectivar-se de forma positiva, identificar-se mutuamente e, na base desta compreensão, colocar-se no lugar uns dos outros, acaba por constituir uma fonte permanente de tensões e de riscos de conflitos abertos.

Por referência às finalidades oficiais ou intencionais, os indivíduos acabam por serem etiquetados como produtos, numerados, inscritos e descritos por meio dos relatórios, registos, dossiês através dos quais os membros do pessoal reificam de certo modo os chamados “destinatários” das suas intervenções.

Mas a vida no contexto organizacional produz, também ou sobretudo, efeitos específicos de adaptação no grupo de internados, efeitos esses que não são previstos nos objectivos oficiais do estabelecimento e revestem-se de carácter problemático para a rotina implementada pela equipa dirigente e profissional. Neste tipo de instituição, desenvolve-se, pois, todo um jogo de forças, produzindo, o dispositivo institucional, efeitos que se revelam paradoxais e favorecem a produção de estereótipos hostis em ambos os grupos, tal como se verificou no ponto anterior.

Segundo a leitura funcionalista deste tipo de contexto relacional, a realização de “cerimónias institucionais” - tais como, a produção do jornal da instituição,

a realização de reuniões de grupo, quer com um propósito terapêutico, quer numa perspectiva de "auto-governo" (Goffman, 1961:96), as festas anuais, a apresentação pelos internados de espectáculos teatrais, as visitas organizadas da instituição, as competições desportivas - representariam uma via para evitar que a rígida separação entre os dois grupos resulte num clima de lutas internas dificilmente controlável. O abandono e, até, a inversão, ainda que temporários, dos papéis respectivos criariam um laço de compreensão e solidariedade entre internados e equipa dirigente/pessoal de enquadramento. Sem negar totalmente que possam contribuir para forjar alguma coesão, Goffman considera, todavia, duvidoso que tais rituais resolvam realmente as tensões e conflitos e considera, antes, que continuam a ser profundamente marcados pela divergência instalada entre os dois grupos (Goffman, 1961:93-112). Ainda que possam aparecer como momentos de trégua ou de pausa estratégica para aliviar uma pressão excessiva, como momentos em que "os internados e a equipe dirigente chegam a ficar suficientemente perto para ter uma imagem um pouco mais favorável do outro e a identificar-se, por simpatia, com a situação do outro" (Goffman, 1961:94), o alcance destes rituais em matéria de coesão (ou de criação de uma verdadeira comunidade) é mais do que limitado, precisamente porque o que caracteriza este tipo de instituição é que internados e membros do pessoal têm traços característicos que os distinguem e opõem fortemente. Por isso mesmo, muitas destas cerimónias estão longe de desencadear um clima afectivo e emocional forte, gerador de uma efectiva implicação mútua em torno de um propósito comum. Correspondem, mais a encenações artificiais, que não vão além de boas intenções, em que cada grupo continua habitado por sentimentos e motivações que lhe são próprios: aborrecimento do pessoal que se sente obrigado a estar presente, mais do que realmente implicado em promover um ambiente de genuína partilha com os internados ou em aproveitar o momento para manifestar-lhes uma verdadeira consideração; relativo bem-estar dos internados que, nestas ocasiões, acedem a algumas comodidades diariamente recusadas, rompem com a monotonia e os constrangimentos do quotidiano ou obtêm a atenção e o reconhecimento de pessoas exteriores à instituição.

Na instituição concreta que temos vindo a observar, realizam-se vários dos rituais que, segundo Goffman, pretendem fomentar alguma aproximação entre as internadas e os membros do pessoal e, até, diluir as fronteiras que delimitam os seus papéis e estatutos respectivos.

A produção de um “jornal informativo mensal” é um primeiro exemplo de prática ritual que aparentemente mobiliza a colaboração de parte das residentes, quando, na realidade, é directamente orientada por membros do pessoal (assistente social e animadora sócio-cultural). São, de facto, estes profissionais que, no quadro da relação de subordinação à direcção que lhes é imposta, decidem o que é publicado, sendo assim levados a abdicar do trabalho destinado a fomentar a participação das residentes, apesar deste fazer parte do seu papel profissional. O que significa que o que é efectivamente divulgado não é nem programado, nem decidido pelas idosas que participam neste trabalho e que o jornal informativo mensal está longe de representar a voz das residentes.

Assim, no referido jornal, apenas se divulgam resultados das actividades de animação desenvolvidas pelo grupo de internadas, actividades essas que, como já vimos em capítulos anteriores, são determinadas pelos técnicos da instituição, à margem de qualquer participação das idosas residentes. Através da redacção do jornal informativo mensal, a equipa dirigente procura prioritariamente manifestar ao mundo exterior, familiares das residentes, organizações susceptíveis de apoiar materialmente a instituição e entidade de tutela, que se preocupa em oferecer oportunidades de vida às residentes graças à mobilização de recursos humanos e materiais.

Na linha das observações de Goffman, não será exagerado avançar que o incentivo da equipa dirigente para que as internadas exponham os seus trabalhos, relatem acontecimentos e circunstâncias da sua vida actual e passada, e para que os técnicos responsáveis pela edição do jornal tornem pública a celebração dos aniversários das residentes, traduz, antes de mais, a vontade de apresentar a instituição como um lugar pautado pelo “interesse afectuoso pela vida de cada um” (1961: 95).

Enquanto, na instituição em foco, certas “cerimónias rituais” estão totalmente ausentes, designadamente as sessões de terapia de grupo e as reuniões

permitindo alguma participação das residentes na gestão do quotidiano do lar, as festas anuais representam outro tipo de rito analisado por Goffman com alguma expressão. Com efeito, limitam-se fundamentalmente a três no decorrer do ano: o aniversário da fundação do lar, a celebração de S. Martinho e Natal. São os únicos momentos em que a equipe dirigente e a dos profissionais se misturam aparentemente com as residentes, através de uma única forma de sociabilidade perfeitamente rotinizada: a partilha de um lanche.

A “excepcionalidade” do momento traduz-se fundamentalmente na autorização dada pela direcção aos técnicos para proceder a alguma alteração “cénica” (Goffman, 1975:29-30), por via da decoração do salão de convívio com enfeites facilmente destacáveis (alguns deles produzidos pelas residentes com a colaboração da animadora) e da disposição de todas as mesas em fila de modo a que ninguém fique de costas voltadas para outra pessoa. Um outro tipo de suspensão das habituais regras de funcionamento organizacional prende-se com as separações categoriais institucionalizadas, já que todas as residentes lancham ao mesmo tempo, incluindo as idosas dependentes que, neste dia, regressam mais à tarde ao seu quarto, e conjuntamente com um representante da direcção e todos os membros da equipa profissional que estão ao serviço naquele dia. Note-se, contudo, que apenas na celebração de S. Martinho, os familiares são convidados a comer castanhas com as internadas. No Natal, a excepcionalidade do momento manifesta-se na distribuição de um mesmo presente a todas as internadas (manta polar, camisola interior) e na reprogramação dos banhos de modo a garantir que nenhum ocorrerá durante essa tarde.

Segundo Goffman (1961:101-102), outros rituais remetem para a apresentação da instituição ao mundo exterior, por exemplo através de uma “abertura anual dos portões” aos visitantes. Esta cerimónia permite-lhes constatar por si próprios que a instituição respeita princípios de humanidade quer nas suas condições físicas, quer no trato dos residentes pela equipa profissional. Para que esta encenação tenha sucesso, é fundamental que haja um certo afrouxamento das habituais regras rígidas que regem o quotidiano dos internados, o que contribui, juntamente com a presença de um público «exterior», para criar a ideia de que internados e membros do pessoal estabelecem entre si relações

amistosas, partilham um sentimento de unidade ... pelo menos enquanto a encenação dura. Por ocorrerem somente a intervalos de tempo amplos e na medida em que todos os grupos da instituição nelas participam, independentemente do cargo ou posição hierárquica ocupada, estas cerimónias rituais despertam uma certa excitação social. Ainda que, por vezes, os profissionais se queixem por serem obrigados a participar, estes acontecimentos modificam a relação usual entre equipa dirigente, equipa profissional e internados, proporcionando aos estes últimos uma suspensão das restrições, bem como níveis de conforto e de liberdade inalcançáveis no dia-a-dia.

Este tipo de apresentação pública da instituição ocorre pelo menos uma vez por ano no lar em análise, sendo geralmente associada à visita do representante máximo da instituição religiosa fundadora da instituição, a saber o bispo do Porto.

Não existindo sala de visitas neste estabelecimento, os espaços a que acedem estes visitantes "extraordinários" são previamente escolhidos e determinados como locais de passagem obrigatória. Deste modo, o visitante fica com a impressão que viu realmente todo o cenário institucional, quando, na verdade, realizou-se todo um trabalho de preparação e encenação destinado a alimentar, nos visitantes e nas internadas, a ideia de que vivem no melhor dos estabelecimentos deste tipo (Goffman, 1961: 104-105). Todos os espaços são previamente lavados, desinfectados, uma atenção cuidada é dada a todos os «pormenores» susceptíveis de produzir uma imagem embelezada do lar: colocam-se jarras com flores; a tapete que cobre as escadas, diariamente, é retirada e substituída por outra mais luminosa, desde logo por ter pouco uso, uma vez que foi adquirida especificamente para estas ocasiões; as cortinas e colchas das camas são momentaneamente substituídas; os passeios exteriores são asseados; é efectuada uma manutenção dos canteiros e floreiras que são particularmente adornados.

Esta criação de uma «fachada cénica» e de uma «fachada pessoal» (já que, nestes dias "excepcionais", a imagem das internadas tem que ser especialmente cuidada) favorece, como realça Goffman (1975: 40), actuações/representações falsas ou "idealizações" da realidade. Assim, no caso do lar de idosos em estudo, as internadas tornadas mais visíveis aos

vistantes são aquelas que se comportam de forma mais cooperativa e aparentam maior bem-estar, em suma as que melhor podem corresponder às expectativas dos visitantes e contribuir para dissipar a vaga inquietação ou preocupação que estes podem ter a respeito da instituição. Os visitantes estão, deste modo, envolvidos no cenário que se sabe que gostariam de encontrar, capaz de os convencer a respeito da qualidade dos serviços prestados.

A visita de um responsável supremo da organização constitui uma componente essencial deste tipo de cerimónia ritual. Como salienta Goffman (1961: 104), estas visitas “servem sobretudo para lembrar a todos os indivíduos que vivem na instituição que esta não constitui um mundo inteiramente fechado e que ela mantém determinadas relações de subordinação burocrática, com estruturas do mundo mais amplo”.

Embora com um grau menor de encenação, a abertura dos portões do lar aos domingos, a fim de incentivar membros da comunidade exterior, familiares dos idosos e beneméritos da instituição a assistir à missa dominical na capela da instituição, também faz parte dos ritos institucionais a que se refere Goffman. O cenário organizacional implementado nesta ocasião destoa claramente da realidade quotidiana do lar. De facto, todo um trabalho prévio de preparação é desenvolvido para garantir uma aparência cuidada e acolhedora. Não só o espaço percorrido até à capela é mais ornamentado do que habitualmente, como as próprias residentes, expostas aos olhares exteriores, são incentivadas a usar as suas melhores roupas e acessórios. Interessante é notar que este tipo de prática ostentatória é assumida pelas próprias idosas, que se prontificam a acautelar a apresentação de si próprias, manifestando, deste modo, uma certa disposição para crer e fazer crer a outros que o lar em que passaram a viver está entre os melhores. Tal como sugere Goffman (1961:104), tudo leva a pensar que esta crença lhes permite alimentar o sentimento de que continuam a ter um lugar no mundo exterior, ainda que este lugar seja a própria condição do seu “exílio” em relação ao mundo em que estavam acostumadas a viver.

Como observa Goffman (1961: 109), o facto de as cerimónias rituais ocorrerem esporadicamente contribui para que despertem uma certa “excitação social”, fundamentalmente porque aparentam quebrar ou, pelo menos,

suspender a regra da nítida separação entre dirigentes/profissionais por um lado e internados, por outro. Aparentemente todos participam, independentemente da posição que ocupam. Mas os motivos que sustentam esta participação estão longe de significar que a instituição aproxima-se de uma efectiva comunidade²⁵. Para os membros do pessoal trata-se de cumprir, com uma dose variável de contrariedade, uma obrigação profissional, enquanto os internados aceitem participar em busca do conforto proporcionado pela suspensão de restrições habituais ou ainda para se mostrarem de acordo com os interesses da equipe dirigente e, talvez, conseguirem mais alguma liberdade em aspectos que habitualmente estão fora do seu alcance. Goffman (1961: 110-111) considera que uma instituição totalitária pode ter necessidade de cerimónias colectivas porque é mais do que uma simples organização burocrática. Mas, precisamente porque a instituição totalitária é de certo modo incompatível com os laços de tipo comunitário, tais cerimónias não vão além das boas intenções e são geralmente sem brilho e sem alma. Trazem finalmente pouco aos membros da instituição e são mais importantes para quem a estuda do que para quem nela vive ou trabalha. Com efeito, pela modificação temporária da relação usual entre equipa dirigente/profissional e internados, a cerimónia ritual demonstra sobretudo, nos diz Goffman, que a instituição total é uma criação artificial, precária e que continuamente precisa de reactivar a divergência entre duas categorias bem definidas de indivíduos, pessoal e internados. A diferença na natureza social e no carácter moral das duas categorias, nos modos de se perceber a si própria e de perceber a outra tem que ser continuamente encenada e evidenciada, uma vez que a percepção das similitudes dos actores tornaria problemática a determinação dos papéis e a

²⁵ A sociologia demonstra que nas sociedades tradicionais ou de solidariedade «mecânica» como designou Durkheim, prevalecia um forte consenso em matéria de crenças, valores, comportamentos na medida em que a fraca divisão social do trabalho fomentava uma forte semelhança entre os seus membros, que viviam conjuntamente, partilhando interesses comuns. Nas sociedades industrializadas vigoravam solidariedades orgânicas resultantes de um alto nível de diferenciação social associada a uma crescente divisão social do trabalho. Em consequência, a população era mental e moralmente heterogênea em termos de crenças, de saberes, de valores e comportamentos, embora a diferenciação estabelecesse uma forte interdependência entre os indivíduos. Segundo Peter Worsley (1974), nestas sociedades de solidariedade orgânica, a proximidade territorial já não garante a existência de uma comunidade, ao mesmo tempo que a ausência de proximidade geográfica não a impede.

aceitação dos constrangimentos. Pensando na organização concreta a respeito da qual aqui reflectimos, poderiam os membros do pessoal impor as regras que, no domínio dos cuidados de higiene, ameaçam e comprometem diariamente a dignidade das residentes se se identificassem profundamente com elas? Se tivessem sempre presente na sua mente e sensibilidade a ideia de que, um dia, encontrar-se-ão no lugar das residentes?

7. A organização induz diversas condutas de ajustamento

No capítulo em que analisa “a vida clandestina de uma instituição totalitária”, Goffman (1961: 173) começa por lembrar que toda e qualquer realidade social (ao nível de uma nação, da família ou do contexto de trabalho) envolve a constituição de laços, desde logo porque as obrigações que toda a colectividade comporta exigem que os indivíduos se impliquem na realização de determinadas actividades e, simultaneamente, desenvolvam sentimentos de pertença, de identificação e de vinculação afectiva. Implicação e vinculação são, pois, duas características inerentes aos laços sociais. É nesta base que os indivíduos desempenham papéis sociais e que lhes são aplicadas as definições sociais (de bom pai ou de bom trabalhador) que contribuem para a construção da sua identidade. Todavia, na linha do interaccionismo simbólico, Goffman faz questão de sublinhar que os indivíduos não interiorizam passivamente estas definições ou atribuições identitárias, nem têm como única possibilidade a submissão total ao que os outros esperam deles e às obrigações de um dado papel. O laço pode ser rompido e o indivíduo denigrir abertamente o papel que então recusa. O indivíduo pode rejeitar as consequências pessoais da implicação sem, todavia, o revelar plenamente nos seus actos e pode, ainda, assumir as características que a sua implicação requer e conformar-se com o que os outros esperam dele. Na maioria dos casos, nos diz Goffman, o indivíduo preenche as suas principais obrigações sem, por isso, identificar-se totalmente com as exigências inerentes às definições sociais ou renunciar a expressar pelo menos uma parte das suas reticências. Dito por outras palavras, os indivíduos conservam uma certa distância em relação aos papéis sociais que moldam as suas condutas e é precisamente esta distância e os comportamentos característicos que a traduzem que Goffman pretende analisar, desde logo num contexto social específico que exacerba os traços da vida social ordinária: o de uma “organização cuja actividade se desenrola entre quatro paredes” (Goffman, 1961: 176).

Estas organizações apresentam uma característica que, segundo Goffman, merece ser realçada: uma parte das obrigações dos seus membros consiste em participar publicamente e no momento oportuno na actividade da instituição, à custa de uma mobilização da atenção e de uma tensão de todo

o seu ser. É este açambarcamento forçado da sua atenção que acaba por simbolizar quer a implicação, quer a vinculação do indivíduo com a organização, isto é, que mostra se o indivíduo aceita a definição de si próprio induzida pela sua participação na instituição. Por isso, o comportamento dos internados face às actividades da organização é um primeiro indicador para saber se reagem às concepções da personalidade que o meio institucional segrega a seu respeito ou se, pelo contrário, aceitam ser o tipo específico de indivíduo definido pelo universo particular em que vivem (um doente mental ou, no caso que nos interessa, um velho, isto é, um indivíduo inactivo, social e, eventualmente, fisicamente dependente ...). De facto, abster-se de participar em certas actividades prescritas ou participar nelas de um modo ou com uma intenção não conforme as prescrições significa que o indivíduo marca uma distância em relação à personagem oficial e ao universo social que lhe são impostos. Significa, frisa bem Goffman (1961: 188), que o indivíduo toma as suas distâncias, não tanto em relação a uma actividade, mas em relação a uma identidade prescrita.

No lar, aceitar o uso de fraldas, em particular durante a noite, não por incapacidade fisiológica, mas porque os recursos humanos são insuficientes ou porque convém não sobrecarregar os que existem, é um modo esperado de colaborar com a organização. Tal cooperação resulta, em parte, de motivações tais como a busca de bem-estar no quadro dos padrões de conforto e segurança que a instituição proporciona ou a busca de conformidade com a representação da residente ideal que predomina na instituição. Resulta, também, do receio das prováveis manifestações de reprovação por parte do pessoal auxiliar ou, até, dirigente, caso se torne necessário mudar a roupa da cama no meio da noite. É o modo de se tornar uma residente "normal", "programada", "adaptada". É, em simultâneo, o modo de incorporar a identidade de idosa dependente, ainda que seja à custa dos sentimentos de incómodo e desvalorização que comporta o facto de passar a ser inteiramente definida por uma única dimensão identitária e de ter que viver num universo em que a sua própria decisão deixa de contar.

Quando o indivíduo participa em determinada actividade com o ânimo e disposição que se espera dele, Goffman considera que há "adaptação primária", no sentido em que o indivíduo aceita implicitamente que é um

determinado tipo de pessoa, que tem que viver num mundo específico (1961: 186).

Opostamente, as residentes que recusam o uso forçado de fraldas e tentam resistir abertamente às pretensões da organização relativamente ao que devem fazer e, sobretudo, ao que devem ser, evidenciam o modo de adaptação secundária que Goffman designa por "intransigência" (1961:62).

Goffman realçou, com efeito, que os reclusos tendem a reagir à pressão institucional para os privar da sua personalidade anterior, procurando criar um outro mundo dentro das condições impostas. É por via destes "*ajustamentos secundários*" (1961: 189) que os reclusos tentam recuperar ou salvaguardar a sua integridade, combinando formas de actuação que traduzem a resistência às imposições a que estão sujeitos e contribuem para manter o significado de ser autónomo, com um certo controlo sobre o meio envolvente (Goffman, 1961:54). Na sua análise da obra de Goffman, Campenhoudt (2003:54) conclui que o internado constitui através destas práticas uma espécie de "refúgio de personalidade", procurando provar-se a si mesmo que ainda é o seu próprio mestre e dispõe de um certo poder sobre o seu meio de vida.

Confirmando as observações de Goffman, tivemos a oportunidade de verificar que, no lar, o tempo de permanência na estratégia adaptativa da intransigência, de que falamos há pouco, é geralmente curto, registando-se com maior incidência no período inicial de estadia das residentes no estabelecimento. É designadamente o caso das idosas que assumem comportamentos de resistência alimentar ou que se opõem sistematicamente à prestação de todos os serviços de higiene, a fim de significar a sua recusa dos modos de fazer institucionalizados.

Outro modo de manter uma certa distância em relação à definição de idosa dependente, ou seja, incapaz por si própria de satisfazer às suas necessidades, verifica-se quando uma residente propõe-se auxiliar o trabalho da cozinheira. Esta disponibilidade constitui uma maneira de ter acesso, por uma via legítima, a uma satisfação habitualmente recusada às restantes residentes. Abre, com efeito, a possibilidade de acesso a prazeres que, embora pequenos e fáceis de proporcionar, desapareceram totalmente do seu quotidiano, tais como comer doces ou beber um café de máquina. Além disto, representa uma

estratégia de distinção ou de diferenciação, na medida em que permite dar prova às outras residentes, através de uma aparente proximidade com a equipa profissional, da sua identificação com o mundo exterior (Mallon, I. 2000).

A não participação nos acontecimentos quotidianos é outra tática de adaptação do internado que, frequentemente, conduz a que seja considerado como alguém que entrou em “regressão”, o que se afigura como um sério risco para os profissionais que lidam com pessoas com uma idade avançada. A adaptação a um novo contexto de vida e à nova identificação que este acarreta traduz-se por uma total desatenção e abstenção em relação aos acontecimentos e interações envolventes. O indivíduo passa a viver muito centrado no seu mundo interior, a ponto de esta desimplicação conduzir a uma alienação do “eu” assumido antes do internamento, isto é, a ponto de acelerar o processo de despersonalização. Na realidade, este “retraimento sobre si próprio” significa que a nova residente no lar procura escapar à condição em que foi precipitada mas, como é por via de um “desligamento” objectivo em relação aos outros à sua volta e às actividades que lhes são propostas, forte é a probabilidade de ela ser classificada pelo pessoal de enquadramento como pessoa tornada apática pela velhice. E este tipo de categorização eleva ainda o risco de os profissionais não mobilizarem nem esforços nem meios para a fazer sair deste estado, uma vez que este é tido como inerente ao processo biológico, natural, de envelhecimento.

O risco de cristalização deste tipo de adaptação é tanto maior quanto a internada acaba por ter um comportamento predominantemente pacífico em relação aos agentes da organização. As críticas que estes eventualmente lhe movem prendem-se somente com algumas manifestações de excessivo auto-centramento, tal como a demonstração de uma inquietação e preocupação recorrentes com alguns pormenores do “seu” quotidiano: com as suas roupas que estão para tratar na lavandaria, considerando que a sua devolução é demorada, ou com os banhos programados para um determinado dia.

Outra tática identificada por Goffman (1961: 62), no mundo organizacional total, prende-se com a construção de uma existência estável e relativamente satisfatória por via da sobrevalorização das pequenas satisfações que a instituição proporciona, como se estas pudessem substituir totalmente o

mundo exterior. Goffman a designa pela expressão "colonização" ou, seguindo a tradução francesa, "instalação". Permite reduzir a tensão entre o mundo exterior (que o internado desvaloriza) e o mundo da instituição (que passa a sobrevalorizar). No lar a que nos referimos, observam-se idosas que realçam sistematicamente as vantagens do mundo institucional imposto, por comparação com as experiências negativas vivenciadas no mundo externo, as únicas que aparentemente lhes ficaram presentes na memória.

É, por exemplo, o caso das idosas que, repetidamente, fazem questão de afirmar, perante qualquer familiar ou funcionário, o bem-estar que encontraram no lar, onde têm "tudo" o que necessitam, apontando para a alimentação, uma cama para dormir e a lavagem da roupa. É, no entanto, o excesso de satisfação proclamada que faz duvidar do fundamento objectivo das apreciações e acaba por induzir frequentemente nas outras residentes, ou até, nos membros do pessoal, reacções depreciativas: só quem viveu, anteriormente, muitas privações pode considerar tão desejável a vida no lar (Goffman, 1961: 62-63).

Por fim, Goffman (1961: 63) identifica um outro tipo de táctica que é o da "conversão" à interpretação oficial e aos papéis sociais institucionalizados. Esta implica que o indivíduo aceite a interpretação institucional do seu "eu" e acabe por adoptar o papel de internado perfeito, por via de uma atitude de submissão ou, até, de total disponibilidade na relação com a equipa profissional e com a equipa dirigente. No lar, é o mecanismo de adaptação accionado pelas idosas que fazem questão de ocupar somente os espaços que lhes estão expressamente destinados, contribuem activamente para a cristalização das rotinas, aceitam todas as regras impostas, adoptam as reacções e a linguagem do pessoal de enquadramento a respeito de outras idosas. Assim, quando assistem a manifestações de desorientação por parte de uma idosa, reproduzem comentários como "*é mesmo tola*" ou "*está maluca de todo*", frequentemente expressos por alguns membros da equipa dirigente (director e encarregada geral).

Os exemplos concretos acima referidos ilustram a distinção salientada por Goffman entre o internado "colonizado" (ou "instalado") e o "convertido" (1961: 63). O primeiro tenta, tanto quanto possível no quadro dos recursos muito limitados que estão ao seu alcance, convencer-se e tirar partido das

vantagens que comporta a vida na instituição. Dispor de uma cama, da alimentação e dos cuidados de higiene são bens suficientemente valiosos para fazer esquecer todas as restantes condições impostas a estas residentes. O internado convertido, por sua vez, adopta uma atitude de clara submissão e, por se identificar com a equipa profissional e dirigente, contribui activamente para que os outros internados cumpram o papel de “internado-modelo”. É o caso de as residentes que se substituem aos membros do pessoal para fazer cumprir a outras idosas as regras, formais ou não, da instituição.

Para tirar pleno partido dos contributos de Goffman na análise de uma instituição concreta, é particularmente importante ter em conta a reflexão que este autor desenvolve acerca da “mistura” destes diversos tipos de reacção adaptativa (1961:64). Sem negar que cada um destes modos de adaptação represente em si uma possibilidade coerente, Goffman (1961:64-65) constatou que, na realidade, muito poucos reclusos adoptam sistematicamente um único de entre eles. Na maior parte das instituições, um grande número de indivíduos segue a linha de conduta que consiste em “manter-se à margem dos problemas”, em “ficar quieto”, sendo que tal estratégia requer um misto, cuidadosamente doseado, de adaptações secundárias: a partilha de algum espírito de resistência, nos momentos em que alguma dinâmica de grupo dá força a um movimento de contestação das rotinas, ainda que seja essencialmente para não correr o risco de rejeição pelos pares, e muitas manifestações de “conversão” e “instalação”, quando o residente está sozinho face aos profissionais e à equipa dirigente.

Seguindo as reflexões de Goffman (1961:65-66), há motivos para considerar que certas idosas adequam-se às expectativas da instituição sem ter sequer que recorrer aos modos de adaptação secundária que este autor procurou definir. São as utentes que, antes da institucionalização, moldaram-se de tal maneira a uma vida de privações e subalternidade que não experimentam, com a entrada no lar, qualquer tensão entre o seu universo doméstico e o universo da instituição. Habitadas a uma vida particularmente “atrofiante”, a banalidade da vida institucional não lhes provoca particular sofrimento e estão de certo modo imunizadas contra as privações que ela lhes impõe.

Mas o que a teorização de Goffman acerca das adaptações secundárias visa, antes de mais, realçar é que todas as condutas comportam uma

racionalidade que só é apreensível quando se leva em consideração as condições objectivas proporcionadas por uma dada organização. Além disto, visa também realçar que existem sempre várias interpretações possíveis de uma mesma conduta e que, na prática, as diversas interpretações – as dos profissionais/dirigentes e as dos próprios internados - entram necessariamente em concorrência, induzindo relações sociais concretas com a marca do confronto aberto, do confronto latente ou, no mínimo, do equívoco. Referindo-se à relação entre médico e doente, no quadro do hospital psiquiátrico, Goffman mostra que, para cumprir a sua tarefa terapêutica, o psiquiatra tem que levar o doente a reconhecer a interpretação médica do seu estado de saúde. Todavia, a interiorização desta versão médica pelo paciente significa que este tem que renunciar à compreensão que tem de si próprio e correr o risco de ver todas as suas condutas interpretadas em função do sistema de significados da psiquiatria. E o risco de um tal quadro interpretativo é que leva a omitir, na leitura de todos os actos do paciente, todos os factores que remetem para as condições sociais de existência que foram as suas, para a cultura que tais condições geraram, bem como para as características dos quadros de interacção social em que se encontra no momento presente. Opostamente, o propósito da análise sociológica consiste em contribuir para que a maior parte das condutas dos internados seja compreendida como respostas adequadas, "racionalis", à necessidade de assegurar a sobrevivência do "eu" numa situação concreta de pesados constrangimentos que ameaçam a sua conservação. Nesta perspectiva, a capacidade para realizar os seus próprios fins sem deixar de aparentemente prosseguir os da instituição, a resistência calculada, uma lucidez modesta e uma revolta prudente correspondem ao que R. Castel (Goffman, 1975:21) considera como o uso popular da racionalidade. O autor o define como o uso moderado da inteligência por parte de indivíduos que, relativamente desmunidos face à legitimidade institucional, "lutam com os poucos recursos de que dispõem para salvaguardar um mínimo de liberdade e de dignidade e inserir a sua vontade de felicidade nas falhas de uma organização que não é feita para eles".

Desenvolver a capacidade de captar "do interior" os modos de se comportar dos internados é, sem dúvida, um requisito fundamental para o profissional que

procura ser mais do que um agente de reprodução social, que ambiciona proporcionar aos idosos oportunidades de viver até que a morte chegue. Com efeito, é bem real no lar de idosos, o risco de os profissionais atribuírem muitas das atitudes e condutas dos internados ao envelhecimento, entendido comumente como processo de inelutável degradação física e mental. É somente quando se procura levar em conta o conjunto dos motivos para que a acção de um dado indivíduo assuma tal ou tal configuração, sem omitir as determinações que o lar lhe impõe, que podemos descobrir que os idosos são afinal menos “velhos” (no sentido de desligados da vida, resignados, socialmente dependentes, à espera da morte) do que parecem. E que conseguimos reconhecer que o lar está bem longe de responder à pluralidade das necessidades humanas, designadamente a de se relacionar com indivíduos de várias gerações, a de continuar a ter actividades com uma real utilidade social e a de exercitar a autonomia de decisão anteriormente mobilizada no espaço de vida doméstica.

É o envelhecimento ou, antes, o facto de viver num universo que afasta de tudo (pessoas, lugares, objectos, ocupações ...) o que teve significado ao longo da vida que está na génese das atitudes de profundo desânimo e de alheamento em relação à própria vida que tivemos oportunidade de observar? É o envelhecimento ou, antes, o despojamento de qualquer oportunidade de cooperar com aqueles que têm mais tempo de vida à sua frente que leva certas idosas a centrar quase todas as suas trocas verbais em torno dos seus sofrimentos presentes ou passados? É o envelhecimento ou o facto de as “actividades” que lhes são propostas serem prosseguidas sem intenções sérias que está na origem da perda de consciência do tempo?

Tendo por base os preciosos contributos de Goffman, o estudo do funcionamento do lar em que tivemos a oportunidade de trabalhar permite-nos concluir que estamos em presença de uma organização particularmente propícia à vivência da vida no registo do que A.M. Guillemand (1972) designou pela expressão “morte social”: uma vida reduzida à repetição de rotinas essencialmente destinadas a assegurar a sobrevivência biológica, separadas entre si por longos tempos mortos, num clima de verdadeira paralisia da vida relacional.

Se é certo que muitos idosos não institucionalizados não são preservados desta experiência social e psiquicamente redutora da reforma e do envelhecimento, há, todavia, motivos para concluir que as mulheres que acompanhámos estão envolvidas num processo ainda mais drástico de despojamento, uma vez que nem têm oportunidade de se envolverem nas actividades funcionais que, em casa, pontuavam o seu quotidiano. Por outras palavras, estas mulheres são expostas a um risco elevado de percorrer uma “carreira moral” que conduz a desistir de si próprio e da comunicação com o mundo social envolvente.

8. O ciclo de modificações da personalidade e do sistema de representações que sustentam a consciência de si e a apreensão dos outros

O termo de “carreira” remete geralmente para a trajectória percorrida por um indivíduo ao longo da sua vida, em particular para a sua progressão no desempenho de um dado papel profissional. O mesmo é dizer que a “carreira” refere-se às transformações significativas que se verificaram ao longo da vida deste indivíduo, por referência a mudanças susceptíveis de ocorrer em todos os membros de uma determinada categoria e não aos acontecimentos específicos de uma biografia singular. Após cada uma das mudanças que ocorrem neste trajecto, transforma-se não somente a imagem que o indivíduo constrói de si próprio, mas, também, as suas práticas e as suas relações com os outros. Nesta perspectiva, o que interessa apreender na análise da carreira profissional de um dado indivíduo não é fundamentalmente se ela foi brilhante ou, pelo contrário, mal sucedida. São antes as transformações provocadas ao nível do auto-conceito, isto é, do sentimento da própria identidade, pelas mudanças ocorridas nos quadros e nas dinâmicas de interacção em que o indivíduo participa (Goffman, 1961: 127-128).

A partir de um conceito que integra um movimento de vai-e-vém entre o privado (entendendo aqui como o “eu”) e o público (entendido como contexto social, dinâmica relacional participando na construção do “eu”), Goffman (1961: 127-128) procurou captar a sequência de alterações que intervêm na definição de si próprio de quem passa a pertencer à categoria de “doente mental”, alterações estas que não são independentes, antes pelo contrário, de modificações no destino social. Conseguiu, pois, demonstrar que o facto de ser tratado como doente mental, o facto de ser “apanhado pela engrenagem de um hospital psiquiátrico” (1961:129) provoca mudanças na identidade, independentemente da intensidade dos traços clínicos previamente diagnosticados pelos médicos. O que equivale a revelar o poder que forças propriamente sociais (e não da ordem da doença) exercem sobre os indivíduos.

É precisamente a preocupação em provar que o confronto com condições largamente idênticas leva indivíduos com desiguais graus de morbilidade a reagir de maneira semelhante que autoriza Goffman a atribuir às características da instituição total, à alienação social que ela induz, e não à

doença, as modificações observáveis nas disposições e condutas dos indivíduos.

Tentar transpor esta lógica de análise para o lar de idosos e o processo de envelhecimento é, pois, uma via que se nos afigura particularmente pertinente para relacionar a dimensão social deste fenómeno e explorar caminhos com potencial para prevenir a "morte social" dos idosos e favorecer o "bem envelhecer".

São essencialmente duas das três fases da "carreira moral" destacadas por Goffman na obra que temos vindo a referir (1961:130) que permitem enriquecer a compreensão das implicações do internamento para o processo de envelhecimento²⁶.

Começando pela fase de pré-internamento, uma primeira constatação de Goffman (1961:131) digna de relevo remete para o facto de um grupo, embora relativamente pequeno, de internados recorrer de iniciativa própria ao hospital. É, diz-nos Goffman, a descoberta, na sua própria conduta, de provas de que estão a perder a razão que os leva a "querer" o internamento. Com efeito, na sociedade moderna, frequentemente definida como racional por comparação com tipos anteriores de organização social, o sentimento de perder a razão e todos os estereótipos altamente negativos associados ao desequilíbrio mental podem levar os indivíduos a alimentar a convicção de que sofrem de um desequilíbrio profundo, e não temporário, que torna, aos seus próprios olhos, a hospitalização necessária e, até mesmo, desejada.

Há motivos para pensar que, em sociedades em que predomina o individualismo, ou seja, a ilusão de que cada um deve responder por si só a todas as suas necessidades, a perda da independência funcional pode despertar nos indivíduos que envelhecem uma ansiedade e desorientação que, à semelhança do que acontece com a doença mental, contribui ainda mais para os convencer de que chegou o momento de abdicar de todos os papéis que desempenham e do seu próprio espaço de vida. Sob a pressão de

²⁶ As três fases de carreira moral são identificadas por Goffman: fase de pré-internamento, fase de internamento e fase de pós-internamento. Esta última não será abordada neste trabalho atendendo a que normalmente a saída do idoso do lar ocorre com a sua morte.

uma reavaliação destruidora do seu "eu", chegam a perspectivar o internamento com uma certa sensação de alívio.

No caso das idosas internadas no lar em análise, a auto-reavaliação negativa desponta nos discursos em que as recém-internadas fazem o inventário das perdas de capacidades que as tornaram inseguras, ansiosas e, ao limite, as levaram a se definirem como inválidas. Afirmam, então, que são elas que escolheram vir para o lar porque já não eram capazes de organizar as actividades mais banais do quotidiano, tais como preparar as suas refeições, arrumar e limpar a casa, vestir-se..., precisamente as actividades que, ao longo da vida, desempenhavam com mais "naturalidade" e perfeição.

Mas, como refere Goffman (1961:133), o assumir da decisão relativa ao internamento não impede que este provoque um agravamento da situação do "internado voluntário" e isto por duas ordens de razão: em primeiro lugar, porque o internamento objectiva, torna patente para os outros, um estado que, até lá, fazia essencialmente parte da vivência pessoal e esta objectivação tende a intensificar a interiorização da imagem negativa. Assim, uma vez no lar, a atribuição identitária de idosa incapacitada ou de idosa desorientada ganha força e cresce a probabilidade de esta identidade virtual se tornar predominante, tanto mais quanto viver no lar equivale a ficar encerrada num grupo cujo modo de vida é organizado em função de uma concepção da velhice como inevitável decadência²⁷. Por outro lado, mesmo quando o internamento é voluntário, os indivíduos são submetidos, a partir dele, à mesma sequência de rotinas que a instituição total faz pesar sobre os que foram internados à força, ou seja, no caso que aqui nos interessa, sobre a pressão de outros, designadamente os familiares.

De facto, como constata outros autores (por exemplo, Ballesteros, 2000, Pais, 2006), para a grande maioria dos idosos internados em lar são as pressões,

²⁷ Referimo-nos aqui ao contributo de Becker (1985) que, na sua obra *Outsiders*, utiliza o conceito de carreira a fim de demonstrar que a interiorização de uma identidade desviante é resultado de um processo com diversas etapas, destacando como particularmente decisivas as duas últimas: a que consistem em ser apanhado e publicamente etiquetado como desviante (o que corresponde no caso em análise à admissão no lar que significa para o mundo interior a realidade da perda das capacidades de satisfazer autonomamente as suas próprias necessidades); a que consiste, por via da ruptura de todas as relações com os não desviantes, em integrar-se num grupo de pares e passar a organizar a sua vida em torno de valores desviantes. É, na leitura de Becker, este fechamento num grupo de iguais que potencia o processo de transformação da identidade até a auto-identificação como desviante.

explícitas ou não, da família, em particular dos filhos, genros e noras, que estão na base do recurso a este modo de tratamento da velhice. Com efeito, as mudanças nas estruturas familiares, designadamente o facto de a educação, a entrada na vida adulta e a própria subsistência dos mais velhos dependerem cada vez mais de outros sistemas institucionais do que a família, fazem com que a norma que passa a predominar é a da independência entre as gerações. Substitui-se cada vez mais à que predominava quando a família (alargada ou nuclear aberta à vizinhança) era unidade de produção, a saber a das obrigações recíprocas entre gerações. No quadro de fortes relações de interdependência, era esperado que os filhos cuidassem dos pais na velhice uma vez que estes haviam cuidado deles quando eram crianças e tinham, de toda evidência, contribuído para a constituição do património familiar de que passavam a usufruir. Ora, na actualidade, esta norma acabou por ser desqualificada pelo predomínio que assumem os valores da autonomia e da auto-suficiência, muitas vezes desde a infância, no quadro da escola, e ao longo da vida adulta no mundo do trabalho assalariado.

Os relatos das idosas que acompanhamos no lar seguem um padrão de regularidade que confirma esta evolução: reivindicam a autoria da decisão de vir para o lar - *"fui eu quem tomou a decisão de procurar um lar"* – mas, logo a seguir, a referência a factos que comprovam que a sua fragilidade ou dependência estava a constituir um encargo considerado pelos outros como ilegítimo ou inoportuno revela bem as pressões que sobre elas se exerceram - *"...não podia mais continuar a viver com o meu filho e a minha nora, não gosto de arranjar problemas...e chegou a um ponto em que eram discussões todos os dias...o meu filho bem me tentou convencer a não vir, mas a minha decisão já estava tomada"*.

Numa perspectiva bastante próxima, Pais (2006: 164-165) identifica dois processos de ingresso no lar: um que assenta principalmente na "negociação", quando os próprios idosos, por viverem sós, por não quererem constituir-se num fardo para os familiares ou porque entendem que não recebem a ajuda que desejariam, percebem o internamento como inevitável ou como "um mal menor"; ou então por "empurrão", quando os familiares dos idosos decidem prepotentemente o seu internamento. E a prepotência expressa-se em toda a sua dimensão quando o internamento é

apresentado ao idoso como meramente temporário, quando, na realidade, tudo é feito (rescisão do contrato de arrendamento ou, até mesmo, venda da casa onde o idoso residia) para que seja definitivo.

Quer no caso da negociação, quer no da entrada forçada, os sentimentos de insegurança e de desconforto, que surgem quando os idosos constatarem que a proximidade afectiva que desejariam ter com os filhos é tão facilmente descartável, são disfarçados à custa da sua desculpabilização. Uma outra regularidade que observamos no lar a que nos referimos: *"Vim para aqui porque não tive outro remédio...os meus filhos trabalham, não vão deixar de o fazer para tomar conta de mim...embora a decisão tenha sido minha, eu é que lhes comecei a pedir para me inscreverem aqui...não me falta nada...e no fundo tenho os meus filhos por perto na mesma...acho que fiz um bom trabalho na educação que lhes dei...se voltasse atrás fazia tudo na mesma..."* Como enfrentar um sentimento latente de abandono e de amargura sem tentar convencer-se, através de um trabalho de racionalização, que, de facto, não existe outra solução possível?

Se é certo que, na maioria dos casos, os idosos internados precisam de cuidados de outros, não é menos verdade, muito à semelhança do que Goffman (1961:133 e seg.) observou no caso dos indivíduos internados nos hospitais psiquiátricos, que o que lhes é imposto como necessidade é, na realidade, contingente. O simples facto de constatar que apenas 7,75% dos idosos com 75 anos e mais viviam em lares em 2011, em Portugal²⁸, deixa claro que outros modos de organizar o quotidiano destes indivíduos existem. E deixa claro também que sinais semelhantes a respeito dos desafios suscitados pelo avançar da idade não induzem forçosamente um processo de internamento/espoliação em relação ao meio em que toda a vida se desenrolou. Com efeito, mesmo sem estudos muito aprofundados, há motivos para sustentar que o estatuto socioeconómico dos indivíduos, o grau de inquietação despertada por eventuais sinais de deterioração física e/ou mental associados ao envelhecimento, a proximidade de um lar, a existência, ou não, de vagas, o nível de informação acerca das alternativas possíveis, a

²⁸ Cálculo efectuado a partir dos dados disponibilizados no site da Carta Social em Fevereiro de 2013 e das informações dos Censos de 2011 (INE).

percepção das vantagens/constrangimentos do internamento pelos próximos, etc. correspondem ao que os interaccionistas designam por “contingências de carreira”²⁹. Isto é, circunstâncias ocasionais que podem alterar significativamente o desenrolar da carreira. Este é um conceito precioso para questionar o que o senso comum toma geralmente como uma evidência indiscutível. Com efeito, para o senso comum, os idosos encontram-se num lar em primeiro lugar porque a velhice os afecta. Todavia, tal como alerta Goffman a respeito dos indivíduos internados num hospital psiquiátrico, ter em conta que o número dos idosos que vivem fora dos lares é bem superior ao dos internados (como acima verificamos) leva a pensar que são, antes, contingências da vida, e não a velhice em si, que conduzem ao internamento.

Da análise que Goffman desenvolve acerca da fase de pré-internamento e do seu impacto em termos de transformação identitária induzida nos indivíduos, interessa ainda reter a atenção que dá aos “agentes do internamento” (1961:136-137). Goffman começa por salientar que, na sociedade moderna, é atribuído um papel crescente a agentes e serviços que contribuem inexoravelmente para fazer passar certos indivíduos da categoria de “pessoas normais” para a de internados e, acrescentamos nós, de “assistidos” ou “excluídos”. O uso mecanizado, na própria prática profissional, de numerosas classificações político-administrativas, tais como doente, deficiente, criança negligenciada ou maltratada ou, simplesmente, idoso ou velho, justificam, no nosso entender, que se dê atenção a uma abordagem que permite distanciar-se de um senso comum institucional que acaba por contribuir activamente para processos de transformação da identidade e, simultaneamente, para processos geradores de desfiliação social.

Sem negar que uma mesma pessoa possa desempenhar vários papéis, Goffman distingue três papéis distintos no processo de internamento que dá início à carreira moral: o de “pessoa mais próxima”; o de “denunciante ou queixoso” e por fim o(s) de “mediador(es)”.

²⁹ Além de Goffman, a análise dos fenómenos sociais em termos de carreira foi desenvolvida por E. Lemert, in: “Legal Commitment and Social Control”, *Sociology and Social Research*, XXX (1946), citado por Goffman (1961:134) e por H.S. Becker, *Outsiders* (1985).

Transpondo a análise de Goffman ao internamento no lar de idosas a que nos referimos, “a pessoa mais próxima” é aquela com quem a futura internada pensa poder contar para enfrentar a mudança que representa a institucionalização e manter um laço com o “mundo” que está prestes a deixar. É geralmente um familiar próximo, filho, sobrinho, irmão, esposo, mais raramente um vizinho ... Frequentemente este papel surge associado à posição de “responsável legal” exigido pela instituição, isto é, a pessoa a quem são apresentadas as normas de funcionamento do lar e a quem são solicitadas informações acerca do percurso de vida e atributos da futura internada. Nas situações que tivemos a oportunidade de observar no lar, o mais frequente é que o papel que Goffman define como o de “queixoso/denunciante”, isto é aquele que torna públicos os sinais comportamentais que, no seu entender, legitimam o internamento, confunde-se com o da “pessoa mais próxima”. À semelhança do que Goffman aponta no caso do internamento psiquiátrico, esta associação entre os dois papéis gera desconforto na futura internada, desde logo porque introduz uma ambiguidade no relacionamento: a proximidade com esta pessoa proporciona alguma segurança mas a pressão que ela exerce a favor do internamento desperta dúvidas a respeito da natureza dos seus afectos, suscita o sentimento de estar a ser rejeitada, abandonada e, ao limite, traída. A idosa que vai visitar o lar acompanhada por um “próximo” tem geralmente a ideia de que a relação com este acompanhante é tão forte que uma terceira pessoa não pode fundamentalmente a alterar. Mas descobre de repente que um entendimento prévio, de que não fez parte, já foi estabelecido entre este próximo e a direcção da instituição ou o especialista que os recebe. O sentimento de ser parte excluída face a uma aliança que se criou fora do seu controlo só pode, então, gerar amargura e contribuir para a deterioração de relações que, afinal, já não estavam tão seguras e incondicionais como a futura internada podia pensar.

Nestas condições, as primeiras visitas após a admissão trazem muitas vezes dissabores e, até, reforçam os sentimentos de amargura e abandono (1961:138). Nestas visitas, certas recém-internadas tentam mobilizar os sentimentos de compaixão dos seus próximos, alertá-los pelo desconforto que lhes suscita o confronto com o universo regulamentado do lar, transmitir-lhes o

seu sentimento de vazio, as suas inquietações e a sua tristeza, solicitam explícita ou implicitamente a sua intervenção. Mas é frequente observar que, em resposta, os visitantes accionam estratégias de evitamento: tentam dar mostra de optimismo, fazendo de conta que não ouvem ou não entendem a desilusão e o mal estar que as idosas expressam; desviam as conversas quando estas apontam para insuficiências nos cuidados e lhes pedem para interferir; desvalorizam as críticas e, até, atribuem-nas a uma pretensa característica de personalidade da idosa. A todos estes sinais de desencontro acresce o facto de os visitantes voltarem para um mundo que tende a ser percepcionado como bem mais repleto de liberdade e de privilégios do que antes do internamento. Face à indiferença que lhes é assim manifestada, percebe-se que algumas idosas fiquem dominadas pelo sentimento que os “próximos” apenas vieram proferir palavras piedosas, o que reforça o seu sentimento de ter sido traidas ou abandonadas. Este risco é tanto maior quanto aqueles que sugerem ou induzem o internamento não preparam, regra geral, as idosas para o choque que podem experimentar. Tendem, antes, a realçar os aspectos que contribuem para enfraquecer uma eventual resistência: a qualidade da alimentação, as vantagens de poder usufruir dos cuidados de uma variedade de profissionais, o clima de segurança, o bem-estar proporcionado pelo facto de serem servidas como num hotel Evitam cuidadosamente todas as conversas que os levariam a ter que admitir que o “exílio forçado”³⁰ das idosas não terá fim senão com a própria morte.

O papel de “mediador” ou intermediário é, no caso concreto do lar, desempenhado por todo um conjunto de agentes e serviços para os quais as idosas são orientadas para avaliar e, sobretudo, interiorizar a perspectiva do internamento: assistentes sociais de diversas instituições, profissionais de saúde, o padre da paróquia que é simultaneamente capelão de um hospital e director do lar. Todos estes mediadores distinguem-se dos indivíduos que assumem o papel de “pessoa próxima” e/ou de “queixoso” pelo facto de poder conservar bem mais facilmente uma certa distância em relação às idosas que a eles se dirigem e, além disto, por terem tendência a perspectivar o internamento como solução praticamente inquestionável e não como

³⁰ Ver a este respeito, J. Machado Pais (2006) “Exilados da vida: a velhice no lar de idosos”, in: *Nos rastros da solidão*, Deambulações Sociológicas, Porto, Ambar.

problema ou, pelo menos, como parte de um problema. Os intermediários que, através de uma série de operações encadeadas³¹, fazem passar as idosas do estatuto de pessoas autónomas para o de internadas não as tratam com excessiva rudeza. Algumas ajudantes de acção directa até lhes prodigam umas palavras amáveis e tentam adoptar o tom de uma conversa “espontânea” entre conhecidos. Na realidade, a aparente atmosfera de naturalidade que marca o processo de admissão faz muitas vezes sentir às idosas que ninguém se preocupa efectivamente com a viva emoção que esta mudança profunda na sua vida é susceptível de desencadear. E quando as recém-internadas se lembram da sucessão de etapas que as conduziram até ao lar, fazem frequentemente uma descoberta que acentua o seu sentimento de afastamento em relação àqueles que representavam a sua ligação ao mundo exterior: descobrem que, face à deterioração do seu bem-estar, todos preocuparam-se, antes de mais, em salvaguardar o seu “pequeno conforto quotidiano”, evitando cuidadosamente de se colocarem no seu lugar.

No lar que tivemos oportunidade de observar, enquanto “intermediários”, o director e a encarregada geral exigem a designação de um próximo que se responsabilize pela idosa internada, o que equivale em muitos casos a significar à internada que deixou de ser uma pessoa autónoma e passou a ser tutelada, geralmente por um membro da geração subsequente. Face a uma idosa que vive o internamento no registo de uma espoliação e expressa este sentimento, a equipa dirigente procura geralmente o apoio desta pessoa próxima, pois se quem desempenha o papel de tutor fica satisfeito com as condições proporcionadas à idosa, as queixas destas serão sem dúvida desvalorizadas. Mas quanto mais a pessoa próxima se esforça para convencer a idosa que a decisão de internamento foi tomada por referência aos seus interesses, mais corre o risco de ver crescer a desconfiança e, às vezes, a hostilidade da internada a seu respeito. Acentua-se nela o sentimento de ter

³¹ Uma curta recepção pelo director no seu gabinete; o encaminhamento para a encarregada geral enquanto o director permanece sozinho no gabinete com a pessoa mais próxima para tratar das questões burocráticas; outra curta recepção pela encarregada geral que serve essencialmente para questionar a idosa acerca dos seus hábitos alimentares e do uso eventual de fraldas e informá-la acerca do número do quarto que lhe é atribuído; a condução até ao quarto por uma ajudante de acção directa que indica qual a cama e o armário que passará a usar; uma brevíssima apresentação, na sala de estar, às outras internadas.

sido rejeitada por aqueles que considerava como os mais próximos e mais fiáveis.

Não é, então, de estranhar que a primeira maneira de reagir face ao internamento (Goffman:1961, 146-163) seja distanciar-se, isolar-se o mais possível para tentar preservar a intimidade mas, sobretudo, para não ter que assumir a identidade associada ao internamento: a de uma pessoa que já não é capaz de gerir e orientar a sua vida, a de uma pessoa que precisa de "assistência" de outros, a de uma pessoa definida essencialmente em termos de perdas. A ruptura com o contexto espacial e relacional de vida leva muitas idosas a sentirem-se despossuídas de tudo o que tinha para elas valor de certeza, era fonte de satisfação ou garantia de protecção e a insegurança que daí advém agrava os efeitos das experiências mortificadoras do "eu" que representam a limitação da sua liberdade de movimento, a imposição de uma vida colectiva fortemente regulamentada, o controlo constante de toda a hierarquia. Porque elas são repentinamente privadas de toda a estrutura de plausibilidade (Berger e Luckmann, 1999) que mantinha firme na sua consciência as definições do mundo e de si própria constituídas ao longo da vida, o seu autoconceito é rápida e, às vezes, profundamente posto em causa. Com efeito, de acordo com a perspectiva de P. Berger e T. Luckmann, Goffman salienta que o "eu" não resulta apenas das trocas intersubjectivas que um indivíduo têm com os outros significativos. Também depende das condições objectivas que caracterizam os quadros de interacção em que os indivíduos evoluem. Ora, nas instituições de internamento, tudo é feito para lembrar ao indivíduo que as condições em que se encontra correspondem às suas necessidades actuais, fazem parte de um tratamento "profissional" e expressam, em consequência, o estado em que ele se encontra presentemente. A organização material de um estabelecimento tal como o lar a que nos referimos contribui activamente para modificar a opinião que um indivíduo tem de si. As regras internas e o próprio quadro espacial lembram com insistência às internadas que a sua vida externa ruiu e que, doravante, perderam o seu "peso social", uma vez que já não se podem comportar como pessoas autónomas. Induz, deste modo, um sentimento de decadência mais ou menos agudo.

Como resistir à interiorização deste sentimento de decadência, senão procurando convencer-se que não se tem nada em comum com aqueles que já povoam o lar? As observações realizadas a este respeito por Isabelle Mallon (2000: 241-262) permitem-nos entender o significado profundo dos comportamentos de muitas idosas que tivemos a oportunidade de acompanhar no lar. O internamento faz surgir uma especial necessidade de protecção contra as múltiplas formas de intrusão que as recém-internadas experimentam, quer por parte das outras residentes, quer por parte dos próprios membros do pessoal. Longe de se envolverem na construção de relações de tipo comunitário com as residentes com as quais coabitam diariamente, tendem a manter estas interações no plano de relações superficiais. Esclarece a autora que as atitudes que o internamento fomenta nos idosos são acima de tudo as que consistem em tentar preservar a sua identidade, atitudes estas que inviabilizam o investimento nas densas relações de inter-conhecimento e de partilha das experiências vividas que caracterizam a sociabilidade nos contextos "comunitários" (por oposição às relações muito mais segmentadas, impessoais e superficiais dos contextos urbano-industriais). Na sua interpretação dos comportamentos dos idosos internados, Isabel Mallon (2000) recorre a duas linhas explicativas das práticas relacionais dos idosos internados em lar: a que relaciona o retraimento individualista como uma tentativa de proteger a identidade e o estatuto de pessoa independente face ao estigma do "idoso dependente", que a autora resume pela expressão "o receio do declínio"; outra que realça a necessidade de preservar o anonimato, resumida pela expressão "o retiro como defesa pessoal", de modo a salvaguardar a privacidade num contexto que impõe a familiaridade em todos os actos da vida quotidiana.

No que concerne à primeira linha de interpretação, pode referir-se que a "individualização", assumida pelos residentes autónomos, decorre directamente da necessária protecção de si contra o estigma que é frequentemente aplicado aos indivíduos dependentes. Além de oferecer uma espécie de antecipação do futuro que lhes poderá acontecer, ou seja, de aumentar o seu receio de deixarem de ser capazes de, pelo menos, tratar dos aspectos essenciais do seu dia-a-dia, como a sua higiene pessoal, alimentação e deslocação no lar e fora dele, a convivência com os mais

dependentes comporta sempre o risco de serem confundidos com estes, de se verem classificados do mesmo modo. Logo a construção de relações suficientemente distantes, ao mesmo tempo que respeitosas, afigura-se como o risco a correr para que esse “espelho” que todos os dias lhes é devolvido não gere uma excessiva desmoralização.

O desejo de preservar um “impossível” anonimato constitui a outra linha de interpretação dos comportamentos, seguida por I. Mallon. Viver num lar equivale a que toda a vida e intimidade dos internados sejam expostas aos olhares e aos comentários dos outros. Esta relação de vizinhança – de promiscuidade, diria Goffman (1961) – implica um reforço da protecção de si próprio, um doseamento da distância entre os idosos, evitando de partilhar com os outros o que se sente e o que se vive, por medo que tudo possa ser objecto de bisbilhotice e mexericos, e condena a um relacionamento superficial com os outros.

Além disso, o retraimento sobre si próprio afigura-se, segundo Isabel Mallon (2000: 242) como um modo de defesa induzido pelo receio de vir a sofrer novas perdas. Investir em relações de amizade, estabelecer compromissos fortes com outros suscita medo no lar, desde logo porque existe um sério risco de estes laços afectivos serem interrompidos pela morte destes “novos” amigos. Em consequência, os antigos amigos são preferidos porque representam a vida anterior e permitem afirmar-se como pessoa portadora de uma história, inconfundível com a institucionalização, e que importa preservar.

É por este conjunto de motivos que o quarto passa a ser entendido por muitas idosas, sobretudo as mais independentes em termos de estado de saúde, como «o santuário da privacidade», «o refúgio» por excelência. Permite-lhes evitar de ser classificadas negativamente como pessoas à espera da morte, pessoas desorientadas ou “perdidas”.

Voltando à linha de pensamento de Goffman, importa, contudo, salientar que a pouco a pouco esta atitude de absentismo e retraimento é, geralmente, abandonada e que a internada acaba por tomar parte nas trocas sociais convencionais ... habitua-se dizem, então, os membros do pessoal. Isabel Mallon também reforça esta leitura quando, na sua obra, expõe que se, por um lado, o receio do estigma está na base de comportamentos de

individualização, por outro lado, a "afirmação do estatuto de pessoa capaz" tem igualmente relevância e contribui para que os idosos dêem provas da sua sanidade mental. A participação nas actividades proporcionadas pelos animadores corresponde a uma estratégia de diferenciação em relação ao conjunto dos internados: é uma oportunidade de privilegiar o relacionamento com os membros do pessoal e, portanto, com o mundo social exterior que estes simbolizam, sendo, além disto, reconhecido como indivíduo competente, em plena posse das suas capacidades. Participa-se nos jogos de grupos não tanto porque estes captam o interesse mas, mais, porque é um meio para demonstrar que se é ainda plenamente dono das suas faculdades cognitivas.

Na mesma linha de análise de um quadro de vida que impõe a co-existência com idosas "desorientadas" ou dependentes, importa entender que é antes de mais a afirmação positiva de si que é reiterada através da prestação de serviços a outras idosas. Mais do que uma expressão de solicitude em relação às outras residentes, prestar-lhes pequenos serviços ou ajudas é mais um modo de demonstrar a sua superioridade, de deixar claro o seu estatuto de pessoa capaz. Constitui uma prática unidireccional, não se inscreve em relações de reciprocidade, uma vez que pedir ou esperar algo em retorno seria o mesmo que assumir-se como "pessoa dependente". Por isso, os que prestam este tipo de serviços não querem de modo nenhum "dever alguma coisa a alguém" (Mallon, 2000: 249), pois quem "deve" é quem já não pode, por força da sua incapacidade, retribuir o apoio prestado.

Ainda de acordo com a perspectiva interaccionista do social, num dado estado da sua carreira, todos os indivíduos forjam uma imagem da sua vida – passada, presente e futura – construída na base da selecção, eliminação e deformação de certos pormenores. Nesta construção, diz-nos Goffman (1961:150-151), os indivíduos tendem a seguir uma lógica que, por reflexo de autodefesa, lhes permite estar em conformidade com os valores do seu meio, merecendo, por isso mesmo, o nome de apologia. Quando conseguem construir uma imagem que põe em evidência, no passado, a posse de qualidades pessoais vantajosas ou aponta para perspectivas de futuro favoráveis, a apologia assume os contornos de uma história de sucesso. Mas quando, pelo contrário, o passado e/ou o presente se revestem de características muito sombrias, o único modo de escapar à

autodesvalorização consiste em tentar rejeitar a responsabilidade dos acontecimentos para outros, construindo, assim, o que Goffman designa por “a história das suas infelicidades”. Para escapar ao sentimento de decadência despertado pelo internamento, à humilhação de ser classificado como pessoa que já não está na posse de todos os seus recursos, o internado relativiza os problemas que conduziram ao seu internamento, tenta mostrar que são imputáveis a outros e que toda a sua vida passada desenrolou-se de forma perfeitamente honrosa.

Um processo relativamente semelhante ocorre no lar de idosos de que aqui falamos. Para muitas idosas o internamento equivale a uma espécie de proclamação pública da sua perda de importância social, da sua incapacidade de se comportar como pessoa plenamente autónoma. Para contrabalançar esta etiquetagem desvalorizante, quando se cria alguma familiaridade entre algumas residentes, as histórias do seu passado tornam-se o centro das conversas. Servem de público umas para as outras e reconfortam-se, contando-se mutuamente histórias embelezadas da sua condição anterior, sendo tais histórias, como assinala Goffman (1961: 153), um pouco mais consistentes do que a pura ficção mas, também, um pouco mais frágeis do que a realidade.

Por parte das idosas que integram o lar que analisamos, o retorno ao passado centra-se às vezes no papel profissional, o qual representa um indicador de superioridade em relação às internadas que foram meras donas de casa, uma prova da sua independência e liberdade: *“a minha profissão sempre foi cabeleireira e cheguei a trabalhar para as senhoras chiques do centro do Porto e, aqui, continuo a poder dedicar-me...organizo a minha vida, os meus afazeres de modo a poder cortar o cabelo a senhoras do lar”*.

Importa, todavia, reconhecer que a solidariedade entre as internadas não é suficientemente forte para garantir que ninguém suscite dúvidas acerca destas histórias, o mesmo podendo acontecer por parte de membros do pessoal, de um modo tanto mais brutal quanto estes fazem questão de insistir sobre as perdas relacionais ou físicas que conduziram ao internamento.

Na verdade, tais factos são frequentemente utilizados pela equipe dirigente para desacreditar os traços positivos que o internado tenta salientar na sua

conduta anterior. Assim, quando uma idosa tenta desviar a atenção dos motivos que estiveram na base da decisão de internamento, procurando, em simultâneo, dar a entender que este poderia ter sido evitado, são-lhe lembrados os factos que justificaram a entrada no lar: falta de higiene pessoal e insalubridade da casa; condutas que põe em causa a sua segurança e a dos vizinhos; medicação esquecida e outras manifestações da incapacidade de cuidar de si própria.

Esta divulgação de informações que, em princípio, deveriam permanecer no segredo dos processos individuais agrava o sentimento de perda de controlo sobre a sua própria vida que se apodera de certas internadas (Goffman, 1961:159). As referências frequentes e, sobretudo, públicas às fragilidades que conduziram ao internamento acabam por suscitar, nas idosas, a dúvida acerca da definição de si mesmas, bem como a interiorização de uma imagem da velhice como inexorável processo de deterioração física e, mais ainda, mental. Na tentativa de suspender a dúvida que se apodera da recém-internada, esta vê-se obrigada a reconstruir a sua história passada em termos mais prestigiantes, mas, ao fazê-lo, corre novamente o risco de ser publicamente desmentida, como se de um ciclo infinito de questionamento da sua identidade se tratasse.

No fundo, realça Goffman (1961: 162), o residente tem que aprender a viver sob condições que envolvem uma permanente exposição, uma vez que, nas mais diversas circunstâncias, formais (como reuniões ou na altura da mudança de turno) ou não (nas pausas para as refeições), a conversação dos membros do pessoal e dos outros internados é susceptível de incidir sobre os acontecimentos da sua vida e suas condutas quotidianas. Tal contribui para todo o processo de modificação do próprio auto-conceito dos internados que Goffman designa pelo termo de "carreira moral" (1961:168). Esta carreira é constituída por uma série de modificações do modo de conceber a sua própria pessoa, sendo possível estudar as experiências morais íntimas que representam uma viragem no modo como o internado apreende o mundo à sua volta (designadamente o tempo e o espaço³²) e o seu próprio "eu". Mas,

³² Não são, infelizmente, raras as idosas que, após algum tempo de internamento, isto é, de reprodução dia após dia das mesmas rotinas sem alma, começam a perder a noção do tempo (dias, meses e mesmo

esta carreira é também feita de artimanhas e estratégias, accionados sobretudo em público, para tentar apresentar uma certa imagem de si próprio, apesar de correr o risco de esta ser sistemática e, muitas vezes, intencionalmente posta em causa pelo pessoal da instituição e/ou pelos outros internados. Eis a razão pela qual Goffman salienta que, nas instituições totais, a elaboração do “eu” é seriamente limitada pelos constrangimentos do sistema institucional, relevando fundamentalmente do controlo social exercido sobre o indivíduo, quer por si próprio, quer por todos aqueles que o rodeiam. Em suma, em vez de suportar o “eu”, de promover a sua vitalidade, o dispositivo institucional da instituição total constitui-o, isto é, domina-o.

anos), tanto mais quanto a sua vida decorre num quadro espacial cada vez mais restrito que torna cada dia idêntico a todos os outros.

II. Conclusão

Chegados a este ponto da nossa reflexão, interessa retomar, embora sob outra formulação, a questão orientadora deste trabalho: será fatal a relegação social³³ na e, sobretudo, pelo lar de idosos? existirá uma irremediável incompatibilidade entre o facto de passar a viver num lar de idosos e o “bem envelhecer”³⁴, entendido como processo em que envelhecer não significa nem declínio da vitalidade intelectual e afectiva, nem retirada forçada do mundo? Ou haverá um espaço de trabalho possível para que o lar – o que analisamos especificamente mas, também, o lar, num sentido genérico – seja um lugar em que, até ao fim, o indivíduo usufrui de uma vida digna, dotada de sentido e portadora de laços?

A nossa análise não nos autoriza a concluir que o mau envelhecer, indiciado, por exemplo, pela elevada proporção de residentes frágeis e dependentes que vivem no lar que observámos, seja uma consequência directa da sua estrutura e cultura organizacional. Mas autoriza, sim, a concluir que, quando as lógicas de funcionamento de um dado lar instauram o tipo de relações e de

³³ No sentido que V. de Gaulejac e I. Taboada-Léonetti (in: *La lutte des places*, Desclée de Brouwer, Paris, 1994) propõem, distinguindo esta forma de exclusão social de outras, tais como a pobreza e a desinserção social. Consideram como traços típicos da relegação social, o facto de esta ser sempre colectiva, desde logo porque estreitamente associada a um processo de estigmatização colectiva. Embora os autores em causa se refiram a outras categorias sociais do que os idosos, outras das dimensões destacadas pelos autores parecem-nos pertinentes para problematizar o lar de idosos enquanto espaço de relegação social: a relegação corresponde a um processo de segregação entre duas partes do mundo social: a parte moderna, qualificada, útil da sociedade, que continua a intervir activamente na produção da vida colectiva; outra parte, inactiva e inútil, desligada e assistindo impotente a um “jogo social” de que está totalmente ausente; a segregação expressa-se num processo de tradução das fronteiras sociais em fronteiras territoriais, o que, como tivemos oportunidade de mostrar, está bem patente na realidade do lar de idosos aqui analisado; no plano simbólico, as categorias relegadas são percepcionadas em termos de medo, de problema social ou, na melhor das hipóteses, em termos de indiferença e o seu lugar social é definido em termos negativos, por exemplo, em termos do encargo que representam para a colectividade. Abundam, infelizmente, hoje, os discursos de senso comum, alimentados por determinadas forças políticas e interesses económicos, acerca do peso incomportável que os mais velhos fazem pesar sobre os ombros das gerações mais novas e faz todo o sentido colocar a hipótese desta representação negativa da velhice influenciar as disposições dos profissionais de uma dada organização, sobretudo quando o seu contributo é muito pouco valorizado material e simbolicamente. Face a este conjunto de características do processo de relegação, os autores que estamos a referir, acabam por perguntar: fará sentido considerar os territórios de relegação social como “lugares”?

³⁴ Ver Lucien Sève, (2010) “O que é «envelhecer bem»? Para uma terceira idade activa”, *Le Monde Diplomatique Ed. Portuguesa*.

moldagem identitária destacados por Goffman no conceito de instituição total, cresce o risco de o fim da vida assemelhar-se a um período de “morte social”. São, de facto, múltiplos, no lar observado, os constrangimentos institucionais que comprometem seriamente a satisfação de necessidades fundamentais para que a vida das residentes continue a fazer sentido: a de manter um sentimento de pertença (quer ao universo que lhes era familiar antes do internamento, quer ao mundo que continua a transformar-se fora do lar, quer à “colectividade” em que passaram a viver); a de ter a certeza que continuam a contar para outros (encarregados de cuidar delas no lar, bem como para outros que vivem fora do lar) e a de prevenir, através de vivências motivadoras, o declínio das capacidades, quer físicas, quer cognitivas e afectivas.

Apesar deste olhar retrospectivo sobre a nossa experiência profissional no lar nos ter confrontado, repetidas vezes, com formas de dominação capazes de esmagar a autonomia e a vontade de viver de pessoas fragilizadas pelo avançar da idade, não concluiremos, contudo, que este modo de tratar a velhice compromete irremediavelmente o bem envelhecer.

A dinâmica das transformações económicas e relacionais (no seio dos grupos primários) que contribuíram para retirar, pelo menos em parte, o tratamento da velhice do campo das relações familiares, bem como os próprios fundamentos teóricos e éticos do trabalho social levam-nos, antes, a assumir que é urgente e possível investir em programas de acção que previnam o “exílio da vida”³⁵ no lar de idosos.

Sem obviamente pretender elaborar propostas exaustivas, tentaremos, nesta conclusão, apontar para algumas linhas orientadoras fundamentais de um tal programa.

Um primeiro eixo de trabalho que nos parece relevante prende-se com a promoção de um efectivo *trabalho de equipa* que capitalize os conhecimentos e contributos de todos os profissionais, independentemente da sua posição na hierarquia organizacional, e aposte no seu contínuo aperfeiçoamento. Nesta perspectiva, que envolve a aproximação ao modelo

³⁵ Por referência aos contributos de J. Machado Pais no capítulo “Exilados da vida: a solidão na velhice” (2006).

da “organização que aprende”, o trabalho em ordem à partilha de um quadro teórico interpretativo do envelhecimento, no cruzamento da sociologia, psicologia e das ciências médicas, afigura-se como um primeiro requisito para contrariar as leituras que atribuem à velhice atitudes e comportamentos que, na realidade, resultam da alienação social produzida e reproduzida pelos modos de funcionamento do lar e pelas disposições e práticas dos profissionais. Com efeito, reduzir, consciente ou inconscientemente, o envelhecimento a um processo natural de múltiplas perdas, tido como fatal, é um modo de pensar que, ao insinuar-se subrepticamente nas percepções e apreciações dos profissionais, acaba inevitavelmente por influenciar as suas expectativas a respeito do possível alcance das suas práticas junto dos idosos, e portanto a reproduzir modos estereotipados de os tratar. Com efeito, quando tal acontece, os profissionais correm um sério risco de se demitirem de questionar as normas institucionais e o seu impacto nas condutas dos residentes e, em consequência, abandonam um dos terrenos privilegiados do trabalho social: o lar como contexto de relações sociais e quadro de interações. O senso comum institucional consiste precisamente em ignorar que, como qualquer fenómeno social, o envelhecimento é fruto de uma “acção colectiva” (Becker, 1985) que envolve todos aqueles que interagem diariamente com os residentes de um lar. E que o produto desta acção colectiva depende da “qualidade” dos significados atribuídos às condutas dos vários intervenientes, podendo contribuir ora para a reprodução da lógica de silenciosa exclusão dos membros das gerações mais velhas para fora da comunidade dos vivos” (Elias, N., 1998), ora, pelo contrário, para contrariar esta dinâmica de relegação social e promover a inclusão social.

Daí a importância da organização de momentos frequentes e regulares de reuniões de equipa em que todos os profissionais que interagem com um dado idoso no quotidiano da instituição (trabalhadores sociais, profissionais de saúde e auxiliares de acção directa) partilhem informações e reflexões, a fim de compreender cada idoso como ser social complexo, indissociável de um trajecto de vida e cujas necessidades vão muito para além das que se prendem com a sobrevivência biológica. Sem um sério investimento na interpretação das condutas e reacções dos idosos à luz dos contributos das

ciências sociais, o mais provável é que a acção institucional imponha aos idosos diversos tipos de violência, simbólica e não só. Para que esta acção não se limite a um mero tratamento de corpos envelhecidos, importa, em suma, que toda a equipa se prepare para saber captar e satisfazer necessidades tão vitais como a de contar para os outros, a de actuar com sentido, a de alimentar a curiosidade e os interesses que perpetuam a vitalidade intelectual e afectiva. É, pois, de uma contínua elevação da qualificação de toda a equipa que se trata, incluindo os que, formalmente menos qualificados, interagem mais intensivamente com os idosos. E de um trabalho de qualificação que só pode ser desenvolvido a partir da reflexão colectiva e regular sobre as situações concretas da prática institucional e profissional. O que está muito longe das iniciativas esporádicas de formação exteriores ao contexto de trabalho habitualmente promovidas, separando, regra geral, os profissionais em função do nível de qualificação que lhes é institucionalmente atribuído.

Deveria, ainda, fazer parte deste trabalho de equipa, entendido como oportunidade para aprofundar a compreensão de tudo o que envolve o envelhecimento, a promoção de momentos de reflexão em que os profissionais sejam incentivados a tomar consciência e expressar as tensões e conflitos internos suscitados pelo confronto com o envelhecimento e a morte, em vez de os recalcarem. As emoções e sentimentos “negativos” que este tipo de trabalho desencadeia são geralmente ignorados, embora não possam deixar de ter repercussões sobre a qualidade da relação estabelecida com os idosos. Descobrir que, no contexto do recalcamento social da morte cada vez mais dominante, a vivência de sentimentos, mais ou menos confusos, de receio, mal-estar ou, até, repulsa é uma experiência partilhada, e socialmente induzida, amplia as possibilidades de auto-conhecimento e controlo, bem como de investimento no agir profissional. Como refere N. Elias (1998), o recalcamento social e individual da morte inviabiliza a identificação com os indivíduos que envelhecem e bloqueia a capacidade de observar criticamente a relação com eles estabelecida, bem como a invenção de modos de os cuidar que traduzam uma real compreensão da sua vivência. Inversamente, a maturidade emocional que estes momentos dedicados ao

auto-conhecimento pode proporcionar é uma condição crucial para elevar a qualidade do trabalho relacional esperado dos diversos profissionais.

Vimos, no decorrer deste trabalho, que o internamento dos idosos induz, entre outros impactos, a perda da possibilidade de administrar o seu tempo, o seu espaço, as suas decisões e relações. O quotidiano institucional é regido por normas, regras e rotinas determinadas unilateralmente pela equipa dirigente e profissional. O idoso raramente interfere ou é chamado a pronunciar-se sobre as acções que lhe dizem directamente respeito, é transformado, sim, em receptor passivo de um conjunto de serviços decididos por outros. Como, então, *salvaguardar a autonomia de decisão dos residentes* num lar?

Uma ideia que nos parece importante reter é que o desenvolvimento de uma cultura de participação do idoso na gestão quotidiana da vida do lar requer que se criem, na própria estrutura organizacional, modos de superar o fosso entre dirigentes (equipa dirigente e profissional) e dirigidos (os idosos residentes). A implicação dos idosos na gestão e planeamento do quotidiano institucional, através da criação de um conselho de residentes com poder para se pronunciar sobre as regras de funcionamento do lar, poderá ser um meio para superar esta dicotomia e ampliar as oportunidades de os idosos se apropriarem efectivamente do seu novo lugar de vida. Caberia a este conselho não somente formular propostas acerca da organização das rotinas quotidianas (horários das refeições, das visitas, modos de organizar os cuidados de higiene ...) mas igualmente participar activamente na resolução dos conflitos entre residentes e das queixas dos residentes a respeito do funcionamento do lar e da actuação dos profissionais. Na grande maioria dos lares, conflitos, descontentamentos e malestares diversos não são abordados como elementos constitutivos da vivência colectiva. Não existem lugares para que sejam falados abertamente, como problemas a resolver e potencialmente portadores de melhoria do funcionamento institucional. São, antes, falados, a meia voz, no registo da queixa, confiada a um ou outro membro do pessoal a quem se pretende dar uma marca de confiança, e não como objecto de reflexão necessária para que todos os indivíduos implicados possam aperfeiçoar o seu relacionamento e construir uma real coesão. Por isso, não dão geralmente origem a nenhuma mudança efectiva na

organização, apenas são reconhecidos como ruídos inevitáveis quando não são simplesmente reduzidos a meros apelos de atenção por parte de idosos perturbados, manifestações de instabilidade emocional, de incapacidade de adaptação ou, até, de resistência. A criação de um conselho de residentes garantiria a existência de um circuito de comunicação e de um espaço de decisão com potencial para transformar os atritos da vida colectiva em oportunidades de desenvolver laços entre os residentes e entre os residentes e os membros do pessoal.

A criação e o funcionamento regular de comités de residentes, em torno de questões mais específicas, tais como a organização de actividades culturais dentro e fora do lar, as ementas semanais, o ordenamento e a decoração dos espaços colectivos, a integração dos novos residentes ... é outro eixo de trabalho que, tal como o funcionamento do conselho de residentes, deveria constituir um objecto de investigação/intervenção dos trabalhadores sociais. Parece-nos urgente reconhecer a *construção de relações de mútuo reconhecimento e implicação entre residentes e entre residentes e membros da equipa dirigente e profissional* como um dos campos que a *animação socio-cultural* no lar de idosos deveria privilegiar. Se, como observou Goffman, a instituição total incentiva nos residentes, como entre os agentes institucionais, a produção de representações estereotipadas, então porque não considerar a *animação socio-cultural* como instrumento privilegiado para contrariar este mecanismo de mútua exclusão? Fazer das refeições momentos de trocas entre os membros destas duas categorias de agentes, em vez de momentos que reiteram a sua separação; animar grupos mistos de conversa sobre uma variedade de temas não directamente ligados ao funcionamento do lar, a fim de favorecer o conhecimento mútuo, não constituirão objectos de trabalho mais dignos e proveitosos para o clima social do lar do que a promoção de actividades destinadas a iludir o vazio que domina a vida dos residentes? Porque não assumir na prática que animar uma instituição significa, antes de mais, trabalhar em ordem à construção de relações que unam os indivíduos, desde logo porque fomentam, graças à expressão da sua história, efectivas oportunidades de encontro e conhecimento mútuo?

Ao longo deste trabalho tivemos oportunidade de constatar que com a integração do idoso em lar as relações sociais com o mundo envolvente se

reduzem drasticamente. As relações com as quais os indivíduos até então contaram para poder definir o lugar ocupado no seio de uma colectividade diminuem não somente em número, como sobretudo em conteúdo e intensidade. Familiares e amigos não costumam ser incentivados pela equipa dirigente e profissional a assumir responsabilidades concretas no dia-a-dia dos idosos. Não costumam ser encarados como parceiros privilegiados que importa implicar na própria organização para que esta possa efectivamente acolher os idosos, respeitando-os como pessoas com um longo trajecto de vida. Se, como referem com muita clareza P. Berger e T. Luckmann (2004), é no decorrer das interacções quotidianas com os outros significativos que são continuamente confirmadas as definições da realidade que nos envolve e a nossa própria identidade, porque não investir em diversas modalidades de envolvimento de familiares e amigos para que participem activamente na prestação de cuidados ao idoso, em actividades culturais realizadas dentro e fora do lar ou partilhem regularmente refeições com um pequeno grupo de idosos contribuindo, assim, para que se desenvolvam laços de afinidade entre residentes. Para além de agravar o risco de isolamento do idoso que passa a residir num lar, o facto de dirigentes e profissionais perspectivar e tratar familiares e amigos como agentes "externos", essencialmente susceptíveis de lhes pedir responsabilidades quando o idoso manifesta algum problema, tende a agravar o fosso entre internados e equipa profissional e dirigente e, ainda, a acentuar a perda de autonomia do residente. Num clima dominado pela desconfiança mútua, as relações entre dirigentes/profissionais, idosos e familiares são frequentemente pautadas pela confusão entre pedidos, ordens e queixas. As queixas mais correntes dos residentes não são elaboradas de modo a serem eficazes, apenas se manifestam em conversas de corredores, na ausência dos principais intervenientes. Porque apreendem os agentes institucionais como membros de um grupo bem distinto, solidários entre si, e receiam, mais ou menos confusamente, as possíveis repercussões das suas queixas, os internados raramente as formulam explicitamente junto de quem tem poder de decisão na organização. Em consequência, para os membros do pessoal, como acima referimos, as queixas acabam por ser interpretadas num registo psychologizante e não chegam a produzir efeitos na qualidade da organização. As queixas explícitas são geralmente apresentadas pelos

familiares, o que tende a criar um clima de tensão latente entre estes e os agentes institucionais, em nada propício à busca conjunta dos modos de cuidar mais adaptados às particularidades do trajecto de vida e das disposições dos idosos. Implicar os familiares ou próximos dos residentes no trabalho dos membros do pessoal é, pois, uma via para superar a fragmentação da rede relacional do idoso e, simultaneamente, enriquecer a prática institucional: a instituição passa a dispor de mais recursos humanos para fazer face às múltiplas necessidades dos idosos, de mais oportunidades de construir uma efectiva compreensão das necessidades de cada residente, ao mesmo tempo que os familiares têm oportunidades de aprofundar o seu entendimento quer do envelhecimento, quer das complexidades e dilemas que suscita o seu tratamento numa instituição especializada. Estruturas e cultura organizacionais não estão geralmente preparadas para acolher a implicação dos familiares no funcionamento quotidiano do lar. Basta referir, a título de exemplos, a frequente ausência, no seio dos lares, de territórios destinados a acolher uma real convivência dos internados com familiares e/ou amigos ou, ainda, a geral ausência de estrutura para que familiares e amigos de residentes possam comunicar entre si, partilhar experiências e elaborar modos inovadores de enfrentar as tensões e o malestar afectivo que o internamento de um familiar idoso frequentemente suscita ou reaviva; procurar, em suma, alternativas à tentação de substituir cada vez mais as visitas pela chamada telefónica, isto é, alternativas à prática da "intimidade à distância" que observou J. Machado Pais (2006 :165).

Todavia, no actual contexto societal, combater o risco de fechamento dos idosos num espaço restrito não pode dizer apenas respeito à conservação da rede de sociabilidade de que o idoso dispunha na altura em que entrou no lar. Lança ao trabalho social um desafio ainda bem mais exigente, dadas as dinâmicas de enfraquecimento dos laços sociais que perpassam a sociedade contemporânea: o que consiste em integrar os residentes do lar em relações consistentes de troca com indivíduos que pertencem a diversos grupos etários. A resposta a um tal desafio só pode passar por um trabalho de investigação na e pela acção de programas de actividades e de prestação de serviços que permitam reunir, por via do fazer em conjunto, dentro de fora do lar, indivíduos pertencendo a gerações distintas. Fomentar o acesso regular dos

residentes em lares a produções culturais em espaços da comunidade (teatros, cinemas, salas de concerto, museus ...) e, inversamente, proporcionar a partir do lar serviços acessíveis a um público exterior à instituição (restaurante ou salão de chá, aulas de música ou de língua, clube de leitura ou ginásio, por exemplo) são duas vias possíveis a explorar para que a entrada num lar não signifique irremediavelmente anomia, por ausência quase completa de práticas rotineiras que dêem sentido à vida, e desligação social.

É, no nosso entender, de uma tal dinâmica de investigação/acção que se pode esperar uma efectiva inovação social em matéria de tratamento institucional da velhice e não, como se verifica todavia hoje em muitos contextos nacionais, de uma dinâmica de regulamentação que, em nome da segurança, das condições sanitárias e da garantia da qualidade, tende a burocratizar cada vez mais as práticas institucionais e profissionais, em detrimento dos residentes e de uma efectiva animação social das organizações.

III. Bibliografia:

- BALLESTEROS, R. F. (dir.) (2004) *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- BARENYS, M. P. (1993) "El Envejecimiento: Aproximaciones Teóricas". In *Revista de Treball Social*, nº 131, Setembre.
- BECKER, H.S. (1985) *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié.
- BERGER, P., L.; LUCKMANN, T. (2004) *A Construção Social da Realidade*. Lisboa: Dinalivro.
- BEUVOIR, S. (1970) *La vieillesse*. Paris: Gallimard.
- CAMPENHOUDT, L. V. (2003) *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- CARADEC, V. (2007) "L'épreuve du grand âge". *Retraite et société* No. 52(3).
- CARADEC, V. (2009) *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : A. Colin.
- D'EPINAY, L. (2003) "La retraite et après?". *Vieillesse entre science et conscience*. nº 2, Leçon d'adieu.
- ELIAS, N. (1998) *La solitude des mourants*. Christian Bourgeois Editeur.
- ERIKSON, E. H. e ERIKSON, J. (1998): *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- FISCHER, G.-N. (1994) *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- FONTAINE, R. (1999) *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- GOFFMAN, E. (1961) *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- GOFFMAN, E. (1975) *A Representação do Eu na Vida Quotidiana*. Petrópolis: Editora Vozes.
- GUBRIUM, J. F. (1997) *Living and Dying at Murray Manor*. Charlottesville: University of Virginia Press.

- GUILLEMARD, A. – M. (1972) *La retraite une mort sociale*. La Haye, Paris : Mouton
- GUILLEMARD, A. – M. (1996) *L'exclusion. L'état des saviors*. Paris : La Découverte.
- LENOIR, R. (1989) "Objet sociologique et problème social". In Champagne P.; et al ; *Initiation à la pratique sociologique*. Paris : Dunod.
- LENOIR, R. (1979) "L'invention du "troisième âge: constitution du champ des agents de la vieillesse". In *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 26/27.
- MALLON, I. ; DE SINGLY, F. (2000) "A Protecção de Si Num Lar de idosos". Cap. 9 – *Livres Juntos. O Individualismo na Vida Comum*. Lisboa: Dom Quixote.
- MALLON, I. (2007 - 3) "Le travail de Vieillessement en maison de retraite". In *Retraite et société*, nº 52.
- Merton, (1970) *Sociologia : Teoria e Estrutura*. São Paulo : Editora Mestre Jou.
- MOSS, R. H.; LEMKE, S. (1994) *Group Residences for Older Adults*. Oxford, University Press.
- PAIS, M. (2006) *Nos rastros da solidão: Deambulações Sociológicas*. Porto, Ambar.
- PAÚL, C. ; FONSECA, A.(2005) *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa, Climepsi.
- ROWE, J.; KAHN, R. (1998), *Successful aging*. New York: Pantheon Books
- SÈVE, L. (2010) "O que é «envelhecer bem»? Para uma terceira idade activa". *Le Monde Diplomatique*., Ed. Portuguesa (jan.).
- WEBER, M. (1971) *Économie et société*. Paris: Plan.
- WORSLEY, P. (1974) *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Publicações D. Quixote. Vol. 2.
- ZIMERMAN, G. (2005) *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Aritmed.